

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

309

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 23 Juin 1909, à 1 heure

Par FRANÇOIS CLERET

Né à Annecy (Haute-Savoie), le 27 Septembre 1876

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

DE

L'AUTOPLASTIE PAR GRAND DÉCOLLEMENT

Spécialement dans l'amputation du sein

(MÉTHODE DE M. MORESTIN)

Président : M. SEGOND, Professeur.

Juges : MM. HARTMANN, Professeur.

BRANCA,

ZIMMERN,

} *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1909

103

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

309
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 23 Juin 1909, à 1 heure

Par FRANÇOIS CLERET

Né à Annecy (Haute-Savoie), le 27 Septembre 1876

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

DE

L'AUTOPLASTIE PAR GRAND DÉCOLLEMENT

Spécialement dans l'amputation du sein

(MÉTHODE DE M. MORESTIN)

Président : M. SEGOND, Professeur.

Juges : MM. HARTMANN, Professeur.

BRANCA,
ZIMMERN,

} *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1909



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		NICOLAS.
Physiologie.....		Ch. RICHEL.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....		PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....		HARTMANN.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....		CHAUFFARD.
		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		HUTINEL.
Clinique des maladies des enfants.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		BALLET (Gilbert).
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses.....		QUENU.
		RECLUS.
Clinique chirurgicale.....		SEGOND.
		DELBET.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPPERSONNE.
Clinique des voies urinaires.....		ALBARRAN.
		PINARD.
Clinique d'accouchements.....		BAR.
		RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....		ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A la mémoire de mon très cher et très regretté père

LOUIS CLERET

CONSEILLER A LA COUR D'APPEL

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FILS

A la mémoire de mon arrière grand père

Le D^r GEORGES VIDAL

A la mémoire de mon grand père

Le D^r FRANÇOIS VIDAL

Chevalier de la Légion d'honneur.

A mon beau-père

Le D^r FR. CHIRON

Chevalier de la Légion d'honneur.

A mon oncle

Le D^r FRANÇON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur SEGOND

Chirurgien de la Salpêtrière
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Avec l'hommage de mes respectueux remerciements.

Nous sommes heureux de pouvoir adresser ici à notre maître, M. le Professeur agrégé MORESTIN, qui nous a suggéré l'idée de ce travail, l'expression respectueuse de notre bien vive gratitude. Nous garderons le souvenir de l'extrême bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Témoignage de profonde reconnaissance.

Externat et internat provisoire.

- MM. le Professeur DUPLAY, chirurgien hon. des Hôpitaux.
le Professeur agrégé MARION, chirurgien des Hôpitaux.
le Professeur agrégé GILLES DE LA TOURETTE (*in mem.*).
le Docteur PARMENTIER, médecin de l'hôpital Tenon.
le Professeur agrégé WIDAL, médecin de l'hôpital Cochin.
le Docteur BROCC, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
le Professeur GRANCHER (*in mem.*).
le Professeur agrégé MERY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Internat.

- | | | |
|---------|---|--|
| 1903-06 | { | MM. le Docteur LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien hon. de l'Hôtel-Dieu. |
| | | le Docteur GUINARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. |
| 1906-07 | | le Professeur agrégé JEAN-L. FAURE, chirurgien de l'hôpital Cochin. |
| 1907-08 | { | le Docteur BAZY, chirurgien de l'hôpital Beaujon. |
| | | le Professeur agrégé DOLERIS, accoucheur des Hôpitaux. |
| 1908-09 | | le Professeur agrégé Ch. WALTHER, chirurgien de la Pitié. |

- A MM. les Docteurs PISSAVY, CAZIN, VEILLON, RENÉ MARIE, LAUBRY, HUGUIER, CASTAIGNE, GUILLEMOT, ARMAND-DE-LILLE, MICHON, LABEY, LAPOINTE, COUVELAIRE, ROBI-NEAU, BAUMGARTNER.

INTRODUCTION

La réparation, second temps de tout acte opératoire, est souvent plus difficile que le premier. Le chirurgien en effet, hésite encore parfois, préoccupé de la réunion, à créer une perte de substance aussi large qu'il serait nécessaire. Cependant les méthodes autoplastiques se sont multipliées, améliorées. Parmi elles, le vieux procédé de Celse, tombé dans l'oubli au moyen-âge, repris par Franco en 1561, fort employé dans la suite par Chopart Larrey et de nombreux chirurgiens français, a pris le nom de méthode française.

Elle consiste à tirer au devant de la perte de substance à combler une sorte de rideau de peau décollée et rendue libre par des incisions de décharge. Elle comprend donc trois temps : le tracé d'un lambeau, sa dissection ou décollement et son glissement au devant de la perte de substance. Les opérateurs se sont ingénies pour le tracé des lambeaux. Tous les procédés cherchent à éviter le sphacèle en laissant au hile du lambeau la plus grande largeur possible, car la vitalité des volets autoplastiques est d'autant meilleure que le sang y circule plus librement et en plus grande abondance.

Nous voulons précisément mettre en lumière une méthode, qui paraît mieux que toutes assurer la bonne

circulation et la vitalité des téguments. Il s'agit toujours de décollement, mais celui-ci, très étendu, est simple ; l'autoplastie ne se composera plus que de deux temps : le décollement et le glissement. Le tracé du lambeau est supprimé, ainsi que toute incision dite libératrice ou de décharge. De la sorte les téguments possèdent bien le maximum des voies d'apport pour leur nutrition.

Si depuis longtemps l'on n'hésitait pas à décoller les téguments sur quatre ou cinq centimètres au plus (Jobert de Lamballe), dans une plaie de dimensions restreintes, pour obtenir la réunion par légère traction, il n'est pas à notre connaissance que cette méthode par simple décollement des lèvres d'une plaie ait été pratiquée sur de grandes étendues et systématiquement. Il s'agit donc réellement d'une méthode nouvelle, et nous avons pensé qu'aucun mot ne pouvant bien la caractériser, il était juste et plus simple de lui donner le nom de son auteur : Méthode de M. Morestin.

Nous nous proposons de signaler les premiers essais de grands décollements tentés par notre maître il y a environ une dizaine d'années, pour montrer, qu'encouragé par l'extrême innocuité de la méthode, il pratique systématiquement aujourd'hui, avec les plus grands bénéfices et sur de très larges surfaces, le décollement simple des lèvres d'une plaie.

Cette thèse envisage spécialement la méthode comme autoplastie après les larges amputations du sein pour cancer. Nous signalerons la nécessité d'opérations étendues dans le cancer du sein et par conséquent l'utilité de posséder une méthode autoplastique à la portée de tous, rapide et sûre, applicable à tous les cas. Nous

passerons rapidement en revue les différents procédés autoplastiques connus, afin de bien mettre en valeur la méthode du grand décollement, sa simplicité, sa rapidité, sa complète innocuité, ses résultats parfaits et esthétiques.

CHAPITRE PREMIER

DU GRAND DÉCOLLEMENT EN CHIRURGIE RÉPARATRICE

L'autoplastie par grand décollement simple est de date récente et ce n'est que peu à peu que M. Morestin la préconise.

Il est tout au début encouragé dans cette pratique, en examinant des malades, chez lesquels d'énormes abcès avaient détruit le tissu cellulaire sur tout un segment de membre, dans toute une région et chez lesquels le sphacèle ne se produisait point, si on donnait à temps issue à la suppuration. De même pour certains épanchements traumatiques séro-sanguins ; la peau décollée par une roue de voiture sur une étendue de 20, 30, 40 cent., séparée de l'aponévrose, flottante, n'avait aucune tendance à se mortifier et il suffisait d'évacuer la sérosité sanguinolente et tout au plus d'établir un drainage 24 ou 48 heures pour obtenir la reprise des téguments qui plus tard retrouvaient leur souplesse et leur mobilité.

Ainsi ce qui se passait à la suite d'un traumatisme grossier et brutal, pouvait se faire par les soins du chirurgien. En 1900, M. Morestin, après des ablations de lupus de la face et du cou, de cancers développés sur lupus, pratique sans tracer de lambeau, la libéra-

tion étendue de la peau du cou par simple décollement. Il peut ainsi, sans gravité, sans conséquence, au point de vue de la vitalité, couvrir de très grandes surfaces.

Obs. 1. — MORESTIN, *Soc. Anat.*, 1900. — *Cancer développé sur un lupus de la face.* — *Extirpation de la tumeur.* — *Autoplastie par glissement.* — Extirpation de la totalité pour ainsi dire de la peau de la face du côté droit. La lésion s'étend d'une part de l'oreille légèrement envahie au niveau de son lobule, jusqu'au grand angle de l'œil, à la racine et à l'aile du nez et à la commissure buccale ; d'autre part dans le sens vertical, depuis la tempe, la lèvre, dépassant d'un bon centimètre la limite supérieure de l'arcade zygomatique et la paupière inférieure qui commence à se prendre jusqu'à la région sus-hyoïdienne, car le bord de la mâchoire est dépassé d'un travers de doigt.

Opération le 14 mai 1900 : *Il fallut faire un véritable écorché de la face.*

Toute la peau compromise fut emportée après avoir été circonscrite par des incisions passant à 1 centimètre en moyenne des limites apparentes du mal.....

Il s'agissait de réparer la perte de substance ; elle allait de la tempe à l'os hyoïde et du nez à l'oreille. Je commençai à demander aux téguments du voisinage tout ce qu'on pouvait attendre de leur élasticité et de leur mobilisation. En haut, leur décollement fut poussé à 4 ou 5 centimètres, mais ils ne se laissèrent pas facilement abaisser — et je gagnai peu de chose. — Néanmoins la tranche de section de la peau put être amenée jusqu'au voisinage de l'arcade zygomatique et fixée par des crins. En arrière, la peau fut décollée de l'aponévrose jusque bien en arrière du sterno-cléido-mastoïdien et attirée sur la région parotidienne où elle fut suturée à l'aponévrose. Je comptai surtout sur la peau du cou. Elle fut décollée sur une étendue considérable et rendue ainsi très mobile. Elle put être relevée jusque sur la joue, couvrant la région sus-hyoïdienne et le bord inférieur du maxillaire. Elle fut suturée au masticateur, au buccinateur, aux téguments de la lèvre supérieure.

Obs. 2. — MORESTIN, *Soc. anat.*, 1900. — Garçon de 21 ans, porteur d'un lupus de toute la région sus-hyoïdienne, du menton à l'os hyoïde, d'un angle de la mâchoire à l'autre.

Décollement des téguments de toute la région sous-hyoïdienne jusqu'au sternum, verticalement ; jusqu'au bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, latéralement. Ceci donnait une grande quantité de peau, mobilisée, flottante et malléable. Elle fut remontée sous la mâchoire comme on remonte un pantalon.

De ces premières opérations M. Morestin conclue que l'étendue du décollement ne doit inspirer aucune crainte, que le succès est certain sans même que l'on ait besoin d'assurer le contact très exact de la face cruentée des téguments déplacés avec la surface à recouvrir. Enfin qu'il faut drainer avec grand soin au point déclive.

Le 26 août 1900 il peut tenter une extirpation fort large de sarcome du sein chez une malade atteinte de goître exophtalmique. La réparation, qui constituait la plus sérieuse difficulté de l'intervention, est obtenue après ablation du goître, grâce à la distension de la peau du cou et à son décollement, dans les régions sus-claviculaires et sterno-cléido-mastoïdiennes.

Or, il est à noter que jamais la malade n'a souffert et que les décollements cervicaux n'ont laissé aucune trace, sous forme de raideur, limitant ou contrariant un mouvement quelconque.

C'est un an plus tard, 10 août 1901, que M. Morestin, encouragé par les succès de la méthode, pratique à Lari-boisière le premier vaste décollement, sans taille de lambeau, pour couvrir chez une jeune fille une plaie très étendue de la hanche et de la fesse.

Obs. 3. -- MORESTIN, *Pr. Médicale* 1902. — *Autoplastie par glissement pour couvrir une plaie très étendue de la hanche et de la fesse.* — En juin 1900, M^{lle} Marie J.-B. J . . , atteinte de métrite hémorragique fut l'objet d'une tentative de sérothérapie qui détermina les plus graves accidents.

L'injection pratiquée dans la fesse droite, fut le point de départ d'un phlegmon diffus formidable, à marche rapide et à tendance gangréneuse. Elle entra à Lariboisière où l'on porta d'abord un pronostic très sombre. Les soins qu'elle reçut dans cet hôpital, aidés par l'âge de la malade, 22 ans, et sa constitution robuste, l'empêchèrent de succomber, mais la pauvre jeune femme fut pendant longtemps en grand danger ; d'énormes eschares se détachèrent, les téguments furent détruits sur une étendue considérable, et la plaie, immense, laissée par l'élimination des tissus mortifiés se cicatrisa avec une extrême lenteur. Au bout de 14 mois la réparation était encore très incomplète et la malade n'avait pas encore pu quitter son lit. Les choses en étaient là, quand, ayant eu la bonne fortune de remplacer mon excellent maître Michaux, je fus appelé à lui donner des soins — le cas était un peu embarrassant — outre les surfaces ulcérées, il y avait lieu de se préoccuper des parties où la cicatrisation s'était faite dans de mauvaises conditions, n'ayant pu aboutir qu'à la formation d'une couche épidermique très mince, manifestement insuffisante, appliquée sur des brides fibreuses, épaisses et denses. La zone encore malade, c'est-à-dire l'ensemble des parties couvertes de bourgeons charnus et suppurants d'une part, d'autre part des portions mal cicatrisées, s'étendaient dans le sens antéro-postérieur, depuis la tubérosité iliaque, en arrière jusqu'à la partie moyenne du triangle de Scarpa en avant. Dans le sens vertical, depuis la crête iliaque et l'arcade de Fallope, qui marquaient assez exactement ses limites supérieures, jusqu'au voisinage du grand trochanter.

Dans la plus grande longueur, de la tubérosité iliaque au triangle de Scarpa = 36 centimètres. En hauteur, 9 centimètres en avant, 10 centimètres en arrière.

Opération le 10 août 1901. — On abrase toute la région à recouvrir en extirpant au bistouri quelques brides saillantes et indurées.

Toute cette région avait été profondément bouleversée. Une grande partie des graisses de la région fessière avait été éliminée et partout le bistouri ne rencontra que des tissus grisâtres, scléreux, peu vasculaires. Restait à placer des téguments sur toute cette surface cruentée. . . .

Je me décidai à faire une autoplastie par glissement en décollant très loin et en mobilisant la peau souple et complaisante de la paroi abdominale *sans tailler de lumbeau*. Les téguments furent donc détachés de la crête iliaque sur toute la longueur de cette crête, libérés de l'adhérence cicatricielle qui les fixait au-dessous de l'arcade de Fallope et décollés de l'aponévrose en gardant à leur face profonde le pannicule adipeux dans sa totalité.

Ce décollement, poursuivi à l'aide de compresse stérilisée et du bistouri, fut poussé très loin, jusqu'à 10 centimètres au-dessus de l'os des îles et de l'arcade de Fallope. De temps en temps, je m'arrêtai pour juger du résultat, c'est-à-dire pour me rendre compte du point jusqu'où je pourrais faire descendre les téguments ainsi mobilisés. Quand je crus ne plus pouvoir pousser plus loin ce travail de décollement, je fis passer la peau flottante par dessus la crête iliaque et l'abaissai en tirant de haut en bas comme le rideau d'une cheminée. J'eus la satisfaction de voir que la plaie était ainsi complètement recouverte. L'affrontement était possible sans tension. Un gros drain, placé entre les téguments décollés et l'aponévrose du grand oblique, sortait en arrière, à l'extrémité postérieure de la ligne de suture.

Les suites furent très simples, le pansement trempé de sérosité fut changé le 2^e jour, le drain ôté le 4^e, les fils ôtés en plusieurs fois du 5^e au 10^e jour. La *malade n'a jamais eu de fièvre*, ni présenté quoi que ce soit d'inquiétant. La réunion s'est faite d'emblée sur toute la longue ligne de sutures.

Comme il arrive parfois dans ces vastes autoplasties, il s'est produit en plusieurs endroits de petites mortifications marginales, mais très limitées et les téguments déplacés n'ont à aucun moment inspiré nulle crainte au sujet de leur vitalité. La malade s'est levée dans le courant de septembre.

Cette observation démontre déjà la valeur de la méthode. Les téguments décollés ont gardé une parfaite nutrition, leur aspect normal, leur souplesse et leur mobilité. Par sa merveilleuse élasticité, la peau s'est moulée parfaitement sur les régions nouvelles, la cicatrice est réduite à son minimum.

Les observations suivantes prouvent que dans certaines régions et pour un grand nombre de cas, les décollements tégumentaires largement pratiqués, apportent une simplification merveilleuse à la chirurgie réparatrice. D'énormes pertes de substances peuvent être immédiatement comblées par ce mode d'autoplastie ; il fournit une guérison plus rapide et meilleure que par toute autre méthode.

Obs. 4. — MORESTIN, *Arch. gén. de méd.*, 1903. — *Epithélioma étendu des téguments abdominaux.* — *Extirpation.* — *Autoplastie par décollement.* — La malade âgée de 65 ans, Mme E. H. . . , est entrée le 27 avril 1903, à St-Louis, isolement, n° 35. Elle porte au niveau du bas-ventre une large ulcération et cela depuis de longues années déjà. Le début de l'affection remonte à plus de 7 ans.

L'ulcération est à droite de la ligne médiane, partie dans la région iliaque, partie dans la région hypogastrique. Elle est allongée transversalement et ses bords sinueux sont irrégulièrement découpés. En dehors, elle s'arrête à l'union du tiers externe et des 2 tiers internes de l'arcade crurale, à la hauteur même de cette arcade. En dedans, elle va jusqu'à un travers de doigt de la ligne médiane. Son bord inférieur, oblique de haut en bas, de dehors en dedans, passe à 2 ou 3 cent. de la base du Mont de Vénus. En haut, ses limites répondent à une ligne passant horizontalement par les épines iliaques antéro-supérieures. Mais l'ulcération n'est pas toute la lésion, et tout à son pourtour est une zone suspecte, où les téguments sont bistrés, plus chargés de pigment, et

plus vasculaires que dans l'état normal, épaissis, cartonneux. Cette bordure indurée occupe une largeur moyenne de 1 centimètre.

L'ulcération elle-même est circonscrite par un léger relief, mince, d'un gris violacé ; ses bords sont coupés, ici à pic, là en pente plus ou moins douce, en tout cas fort irréguliers, mais non décollés. Le fond est légèrement déprimé, très inégal, de coloration rouge pâle, avec çà et là des îlots blanchâtres représentant de minuscules eschares. Il saigne très facilement. L'étendue de ce fond peut être comparée à celle de la paume de la main. L'ulcère repose sur une plaque dure, la dépassant en tous sens. Cette plaque est superficielle, mobile sur les parties sous-jacentes. Au repos, la malade ne souffre pas, mais les frottements sur la partie ulcérée sont très douloureux. La marche en est rendue très difficile, le contact et le poids des vêtements déterminent des souffrances très pénibles. La pauvre femme appréhende même les manœuvres quotidiennes nécessitées par le pansement de sa plaie. L'état général est bon. Il n'y a pas eu d'autre maladie sérieuse ; des crises fréquentes de douleurs rhumatismales, au niveau des genoux, ont toujours, en dehors de ce qui l'amène aujourd'hui à Saint-Louis, constitué son principal ennui. La palpation des régions inguino-crurales ne montre de ganglions engorgés ni d'un côté, ni de l'autre.

L'histoire de la maladie, l'aspect de la lésion en dépit du siège insolite étaient trop caractéristiques, pour que le diagnostic, chez une femme de cet âge, pût demeurer incertain. Il s'agissait bien d'un cancroïde ulcéré, pareil à ceux qui mettent des années à ronger le visage. Ceci étant, il convenait d'extirper la plaque épithéliomateuse et de combler la plaie qu'allait laisser cette ablation. C'est ce que j'ai fait le 2 mai. Le temps d'exérèse fut très simple, puisqu'il n'y avait pas d'adhérences profondes. Circonscrire par deux grandes incisions formant ellipse, passant à un travers de doigt au-dessus et au-dessous pour se réunir d'une part au voisinage de la crête iliaque, de l'autre tout près de la ligne médiane au-dessus du pubis, la plaque fut promptement disséquée et enlevée. Les bords de la plaie se rétractant, celle-ci parut d'abord très considérable, inquiétante au point de vue de la réparation. Mais elle s'effectua aisément à l'aide d'un *vaste décollement* de la peau de

l'abdomen, poursuivi jusqu'au-dessus de l'ombilic, au niveau de la ligne médiane, jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, au niveau de la verticale, passant par l'épine iliaque antéro-supérieure, et s'étendait dans le sens transversal depuis la ligne médiane, jusqu'à la partie moyenne de la crête iliaque.

La lèvre inférieure de la plaie fut aussi mobilisée, mais seulement sur une étendue de 2 à 3 centimètres. Après quoi sans effort, sans traction, sans tension. Les deux bords de la plaie se laissèrent docilement accoler l'un à l'autre et suturer. Il y avait eu quatre ou cinq ligatures à placer. Je laissai deux drains, un à l'angle externe de la plaie, l'autre sortant par un trou spécial à la limite postéro-supérieure du décollement, point déclive dans le décubitus dorsal.

Les cuisses furent maintenues en légère flexion sur le bassin, le thorax étant lui-même incliné sur l'abdomen, de manière à ce que la paroi abdominale fût relâchée ; le corps était fixé dans cette attitude arciforme par un système de bandages de flanelle.

Des deux drains dont l'un a été enlevé le 4 mai, l'autre le 7 : les fils ont été coupés le 13.

A ce jour, la réunion était obtenue sans qu'il y ait le moindre sphacèle.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux tubulé et corné.

Obs. 5. — MORESTIN, *Arch. gén. de méd.*, 1903. — *Plaie ulcéreuse consécutive à une brûlure du thorax.* — Une femme de 58 ans, Mme Adolphin M. . . , était en traitement depuis plus de quatre mois pour des brûlures étendues des jambes, des mains et du thorax.

Elle avait été pendant quelques jours dans le plus grand danger.

Les brûlures des jambes, des mains et des avant-bras étaient au deuxième et troisième degrés, mais celles qui couvraient la poitrine et résultaient de la combustion des vêtements, étaient beaucoup plus sérieuses et intéressaient toute l'épaisseur de la peau. Les premières guérirent assez lentement, mais sans nécessiter d'autres soins que les pansements habituels. Elles laissèrent des raideurs des doigts et des poignets, des cicatrices très visibles et légèrement rétractiles, une impotence partielle et temporaire des mains.

Du côté de la poitrine, les conséquences furent infiniment plus pénibles. D'énormes eschares se détachèrent de la région présternale et de la face antérieure des seins. Leur élimination laissa une plaie d'une étendue considérable, qui se rétrécit d'abord assez rapidement, mais bientôt ne montra plus aucune tendance à s'épidermiser ni à diminuer d'étendue. Elle se couvrait de bourgeons charnus d'apparence blafarde, suppurait assez abondamment, et demeurait stationnaire. A peine si l'on voyait à la périphérie un très étroit liseré blanc bleuâtre, ébauche d'épiderme n'arrivant jamais à s'organiser complètement et à gagner du terrain.

Après de si longues souffrances, et avec cette interminable suppuration, l'état général laissait à désirer ; notre malade était fort pâle, sans appétit, très affaiblie, apathique, sans courage ni résistance. Je résolus de supprimer toute la surface suppurante et de combler la plaie par décollement. L'ulcère s'étendait à droite sur la moitié interne du sein, dans presque toute sa hauteur, couvrait la région sterno-costale depuis le troisième espace interscostal jusqu'à la base de l'appendice xyphoïde. Au-dessous du sillon sous-mammaire droit descendait obliquement un prolongement de la plaie.

C'était en somme une autoplastie considérable ; mais, confiant dans la méthode, le 5 août, j'entrepris sans hésiter l'intervention.

Mon plan était simple. Cerner l'ulcère, l'emporter en même temps que les mauvaises cicatrices ébauchées à son pourtour, puis combler la plaie, en décollant la peau, tant du côté du cou que du côté de l'abdomen, aussi loin qu'il le faudrait pour affronter selon une ligne transversale. Ce programme fut réalisé de point en point. Toute la surface ulcéreuse avec sa bordure cicatricielle fut circonscrite par une grande incision ovale à grand axe transversal. Puis, ses bords ayant été accrochés avec des tracteurs à griffes, je relevai et disséquai rapidement la plaque isolée par cette incision, la séparant du plan musculo-aponévrotique. Le tissu cellulaire sous-cutané était conservé ; il était même assez chargé de graisse, et cette partie de l'opération s'effectua très promptement et d'une manière fort simple. Au fur et à mesure que la plaque sacrifiée se soulevait, des compresses étaient glissées dans l'espace créé par son écartement du thorax pour arrêter le suintement sanguin et, de temps à autre,

des pinces étaient placées sur quelque artère, principalement au voisinage de la tranche de section cutanée.

Le décalque de la plaie fut alors pris sur une compresse de toile. En mesurant, on trouva pour la plus grande largeur 28 centimètres, et pour la plus grande hauteur, à droite du sternum, 18.

Pour combler cette vaste perte de substance, je commençai à enlever une partie de la graisse très abondante des mamelles, de façon à rendre utilisable une notable quantité de leurs téguments.

Puis, la peau fut décollée successivement en haut jusqu'à deux travers de doigt au-dessus des clavicules, en bas jusqu'au voisinage de l'ombilic. Les limites latérales du décollement peuvent être indiquées de chaque côté, par une ligne allant de l'apophyse coracoïde à l'extrémité antérieure de la neuvième ou de la dixième côte. Ayant ainsi mobilisé d'énormes quantités de téguments, je pus, saisissant avec des tracteurs les deux lèvres de la plaie, les amener au contact et les suturer. Deux longs drains latéraux furent placés sortant par des trous spéciaux percés aux points déclives du décollement. La suture dans son ensemble dessinait un long arc de cercle allant d'un mamelon à l'autre. Les deux seins avaient subi une réduction notable ; ils étaient plus allongés, en forme d'aubergines, et, en outre, ils étaient écartés l'un de l'autre bien plus que dans l'état normal. La partie moyenne de la ligne des sutures était transversale, barrant le sternum à la hauteur du troisième espace intercostal.

La peau, immédiatement après la suture, était pâle et tendue, j'avais même dû faire exercer quelques tractions pour obtenir l'affrontement. Mais j'étais bien rassuré à cet égard, sachant que j'obtiendrais un relâchement immédiat des téguments dès que la malade serait dans la position appropriée. En effet, les sutures furent immédiatement soulagées dès que l'opérée fut mise dans une attitude convenable, tête et cuisses fléchies, corps incurvé en avant. Il n'y avait plus de tension. La peau reprit une apparence satisfaisante, et dès lors, il fut clair que sa vitalité n'était aucunement menacée.

Les suites furent on ne peut plus simples, et s'écoulèrent dans le calme, l'indolence et l'apyrexie. Le premier pansement eut lieu le

quatrième jour. On enleva les deux drains qui ne fournissaient plus qu'un peu de sérosité.

La réunion fut obtenue primitivement sur toute l'étendue de la ligne de suture, à part ça et là quelques petites mortifications marginales, n'intéressant même pas toute l'épaisseur de la peau, et grandes comme l'ongle du petit doigt tout au plus, tellement insignifiantes que, le 1^{er} septembre, je pouvais constater que tout était fini. Le 4 elle quittait l'hôpital. Il eût été facile chez une femme jeune de perfectionner ce résultat au point de vue esthétique, de rapprocher l'un de l'autre les deux seins, de manière à leur rendre une apparence plus normale, tout en réduisant l'étendue de la cicatrice. Mais notre opérée touche à la soixantaine... et n'est pas tentée de subir une amélioration de forme. L'important pour elle était de guérir. Or, la guérison a été extrêmement rapide, plus rapide que si l'on avait eu recours à des greffes, obtenue d'un seul coup. En outre, c'est une bonne guérison ; la poitrine est partout couverte de peau souple et normale, elle n'a rien à redouter des frottements. Et pour l'avenir, la crainte des rétractions cicatricielles est écartée.

Au début, ce n'est pas sans appréhension que M. Morestin emploie son procédé de réparation, et c'est graduellement qu'il s'enhardit. Dans les premières opérations, le décollement n'était poussé que sur une distance de 4 à 6 centimètres ; peu à peu il n'hésite pas à l'appliquer largement et à pousser les décollements cutanés sur 10 cent. dans tous les sens, l'expérience ayant affermi ses convictions au sujet de la bénignité et de l'utilité de ces mobilisations cutanées énormes. Moins la peau est tendue, meilleure est sa nutrition ; il y a moins d'inconvénient à décoller trop que pas assez. C'est ainsi qu'actuellement, il ne craint pas de pousser le décollement sur 20 et 25 centimètres.

Toutefois il ne faut pas vouloir généraliser la méthode

et l'appliquer partout. On ne peut pas décoller largement et tendre les téguments de toutes les parties du corps. Il y a de grandes variations dans leur composition anatomique et, partant, dans leurs qualités au point de vue autoplastique. Il faut, pour agir de cette manière, que la plaie à recouvrir soit située au voisinage d'une partie du corps où la peau soit en quantité suffisante, très souple, extensible et d'une locomotion facile. Or, ces qualités, minimales au niveau des membres, de la nuque et du dos, se trouvent principalement au niveau des faces antéro-latérales du cou, de la paroi abdominale et du thorax.

Ce sont là pour ainsi dire les lieux d'élection de l'autoplastie par grand décollement, là où elle est à notre avis, supérieure à toute autre méthode ; nous nous proposons d'en faire spécialement l'étude au thorax, dans les amputations larges du sein pour cancer.

CHAPITRE II

L'AUTOPLASTIE APRÈS L'AMPUTATION DU SEIN

Il peut paraître inutile de s'occuper encore des autoplasties après amputation du sein cancéreux, les procédés étant déjà suffisamment nombreux.

Or, c'est précisément leur variété qui prouve leur insuffisance, la difficulté parfois de leur bonne exécution et les réels inconvénients de quelques-uns d'entre eux.

Dans le cancer du sein, la question de l'autoplastie ne se posait pas jadis, alors que le chirurgien se contentait de l'ablation simple de la tumeur sans curage de l'aisselle. Elle se posait peu, il y a quelques années, alors qu'avec un curage de l'aisselle et l'ablation d'une grande partie de la glande, le chirurgien cherchait à conserver, en vue de l'autoplastie, la plus grande quantité possible de téguments.

Aujourd'hui, il est difficile de pratiquer des amputations partielles de la mamelle cancéreuse et de ménager la peau. L'opérateur n'ignore pas les faits mis en lumière par Moore, Waldeyer, Heidenheim, Roter; il connaît le mode de propagation du cancer, l'envahissement précoce et rapide de toute la glande, des fascias, des muscles et de tout le tissu cellulaire de l'aisselle.

En présence d'un néoplasme du sein au début, et surtout dans ce cas, le chirurgien doit sans tarder procéder à une ablation vaste et en bloc de toute la mamelle et de tout le tissu cellulo-graisseux de l'aisselle, convaincu de ce fait, que des parties macroscopiquement saines sont microscopiquement malades.

Pour être plus sûr d'obtenir des résultats durables dans la cure du cancer du sein, le bistouri doit tailler si possible les téguments au-delà de l'étape microscopique du cancer et l'on sait combien large est la zone cutanée suspecte (Chavannaz). L'irrigation lymphatique de cette peau est si riche, que souvent, avant le retentissement sur les ganglions axillaires, dès le début, elle est envahie. Il faut donc systématiquement, dans tous les cas, faire de larges sacrifices cutanés. Moore, déjà, blâmait énergiquement l'économie de peau « de toutes les erreurs la plus pernicieuse ».

Ainsi, pour une bonne cure de cancer du sein, la peau de l'aisselle étant disséquée la première, on sectionnera les pectoraux, ce qui donne un jour merveilleux pour dénuder à fond le paquet vasculo-nerveux. Tout le tissu cellulaire de l'aisselle est rabattu avec ses ganglions en bas et en dedans, adhérent au sein, qui d'un bloc est enlevé largement avec l'attache thoracique des pectoraux.

Naturellement, avec cette pratique, et c'est actuellement celle qui donne les guérisons (1), on se trouve en présence d'une large perte de substance à combler, après une opération déjà longue et c'est précisément cette pensée qui, parfois, préoccupe l'opérateur au début de l'interven-

(1) Avec des survies de 6, 8, 10, 12 ans — ce mot peut être prononcé.

tion. « Quels que soient nos partis-pris d'excision lointaine, nous hésitons à faire ces larges sacrifices qui s'opposeront à la juxtaposition des lèvres de la plaie (Forgue et Reclus). »

Pour ne pas se préoccuper de la réunion, il faut donc avoir à sa disposition un procédé sûr, permettant toujours de se tirer d'affaire. Dans certains cas, opérations pour récédive par exemple, les méthodes classiques d'application peu commode, ne donnent pas d'heureux résultats. La peau thoracique, véritable tissu de cicatrice, est mince, peu malléable et sa mauvaise irrigation compromet la vitalité d'un lambeau taillé.

Or, il n'est plus permis aujourd'hui d'abandonner à la réparation spontanée une vaste plaie d'amputation du sein. La surface cruentée, fût-elle énorme, il faut songer à la recouvrir de téguments normaux.

De nombreux procédés d'autoplastie existent ; chacun s'ingénie à en posséder un meilleur. Nous les passerons rapidement en revue, afin de montrer que tous nécessitent de la part de l'opérateur une assez grande habitude pour être menés à bien et que tous allongent singulièrement une opération qui, aujourd'hui, doit être longue et minutieuse.

Ce sont tous des tailles de lambeaux pris au thorax, au dos ou à l'abdomen, limités par des incisions de décharge et mobilisés autour d'un pédicule. Une autre perte de substance due au glissement du lambeau reste encore à combler ; aussi les incisions se multiplient-elles, nécessitant un nombre considérable de sutures.

§ 1. — Exposé des méthodes.

1° Les Greffés.

Pour combler les vastes pertes de substance cutanée Halsted employait au début les greffes, mais leur peu de résistance lui firent bientôt préférer les méthodes auto-plastiques à lambeaux.

En 1907, Alglave à la *Soc. anatomique*, préconise le semi dermo-épidermique suivant un procédé dérivé de J. Reverdin.

En juillet 1908, Gosset, dans le *Journal de Chirurgie*, écrit que lorsque les 2 lambeaux ne peuvent être rapprochés par solide traction, il faut, ou les mobiliser par des débridements, ou faire sur toute la portion qu'on n'a pu réunir, des greffes épidermiques, soit immédiatement, soit quelques jours plus tard.

2° Les Lambeaux.

On a eu recours dans de rares cas pour combler de trop larges brèches, à des lambeaux pris sur le bras par la *méthode italienne*. Plus souvent on emploie la *méthode*

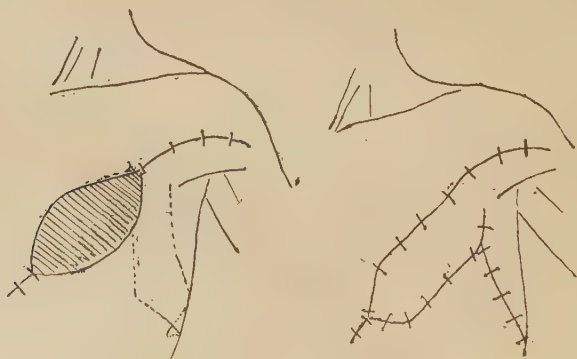


FIG. 1 et 2. — Procédé de Marion.

hindoue ; le lambeau pris au voisinage de la perte de substance est déplacé par torsion, ce qui le suppose, on le voit, pourvu d'un pédicule étroit.

Procédé de Tansini. — Le lambeau autoplastique à grand axe très oblique et non vertical est pris sur le dos, son pédicule, dirigé vers l'extrémité externe de l'incision qui a servi de curage axillaire. L'ampleur du lambeau doit être telle qu'il puisse recouvrir la place laissée vide par l'ablation de la mamelle. Quant à la plaie du dos, elle est fermée au moyen de la peau voisine mobilisée par 2 incisions linéaires, tombant, l'une sur le bord supérieur de la plaie dorsale, l'autre sur son bord inférieur.

Procédé de Quénu et Robineau. — Cette méthode consiste à tailler un lambeau quadrilatère de dimensions *proportionnelles* à l'étendue de la surface cruentée, au



FIG. 3. — Procédé de Tansini.

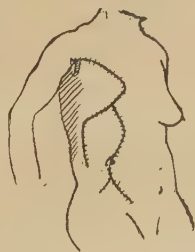


FIG. 4. — Procédé de Quénu et Robineau.

dessous de celle-ci, c'est-à-dire au niveau de l'hypocondre. La base du lambeau est postérieure, sa direction parallèle à la perte de substance ; après dissection, il est attiré en haut et suturé à la peau de la région pectorale.

A la place du lambeau, se trouve alors une surface cruentée qui, dans certains cas, peut être comblée par une simple suture de ses bords, qui d'autres fois nécessite *une 2^e autoplastie* analogue à la première, le lambeau étant pris sur la paroi abdominale, parfois jusqu'au niveau de la fosse iliaque.

Les sutures doivent être multipliées à cause de la traction énorme. On draine toujours au creux axillaire.

Procédé d'Ombredanne. — L'auteur a cherché, non seulement à obtenir une bonne réparation de la plaie, mais à disposer le lambeau autoplastique de telle sorte qu'il reproduise la forme du sein absent.

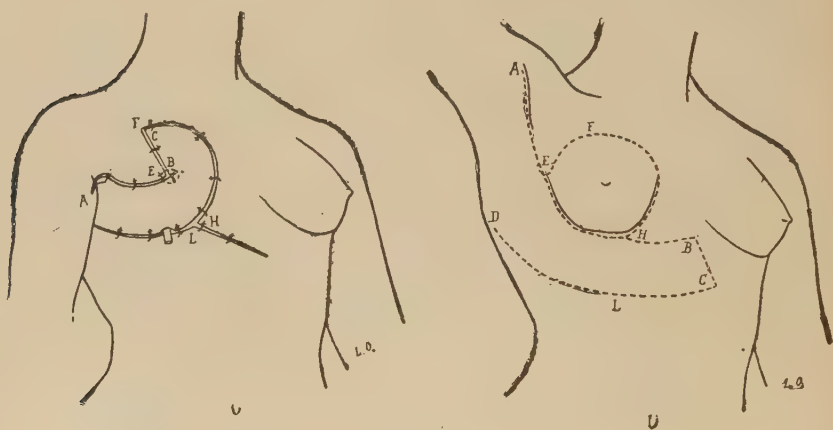


FIG. 5 et 6. — Procédé d'Ombredanne (1).

Nous faisons remarquer que pour combler la perte de substance résultant du prélèvement du grand lambeau horizontal, M. Ombredanne libère fort loin (3 travers de

(1) Figures extraites du volume : NÉLATON et OMBREDANNE. *Les autoplasties*, Paris, G. Steinheil, 1907.

doigt de l'ombilic) la lèvre inférieure de la plaie, la peau se mobilise et bientôt le point L vient au contact du point H.

Procédés de Roux (de Lausanne), de Warren, de Rodman. — Ces auteurs utilisent pour l'ablation du sein l'incision en ellipse large dont la queue se prolonge sur la face antéro-interne du bras et dont les lignes courbes donnent naissance à leur milieu à un tronc perpendiculaire divisé bientôt en 2 branches divergentes.

Dans la technique de Roux la branche dichotomique supérieure et externe atteint l'articulation sterno-claviculaire du même côté, tandis que la branche interne, plus longue et plus recourbée, vient finir vers le milieu de la région sus-mammaire opposée. Les branches dichotomiques inférieures se portent : l'externe en contournant le thorax, vers le scapulum, l'interne contournant également, se porte plus ou moins loin en arrière dans la région du dos. Par ces incisions on aurait pour l'autoplastie des lambeaux largement décollables.



FIG. 7. — Procédé de Roux.



FIG. 8. — Procédé de Rodman.

L'incision choisie par Rodman, qui est celle de Warren, diffère de la précédente ; c'est l'ellipse de Halsted en

forme de poire dont la queue remonte à l'insertion deltoïdienne sur l'humérus. Sur le quart externe de l'incision supérieure on fait tomber une courte perpendiculaire qui aboutit à la clavicule. Du quart interne de l'incision inférieure, on fait partir une courte perpendiculaire se dirigeant en arrière et en dehors, laquelle ne tarde pas à donner 2 rameaux divergents, l'un ascendant vers la partie postérieure de l'aisselle, l'autre descendant vers le bord inférieur des côtes.

Méthode de Legueu et Grœve. — *Autoplastie par glissement du sein.* — La mamelle constitue une importante réserve cutanée, qui parfois peut rendre de grands services. C'est Legueu qui le premier utilisa le déplacement d'une mamelle en totalité. (Congrès

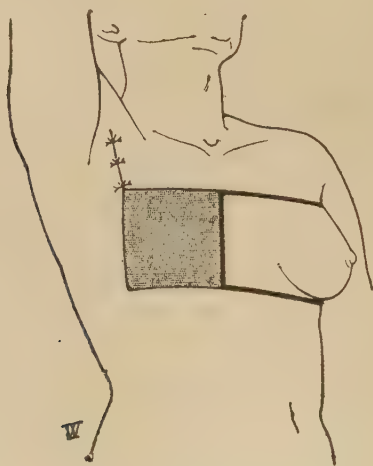


FIG. 9. — Procédé de Legueu.

de chirurgie, 1898, thèse de Cornilus). La communication de Legueu avait été précédée de quelques jours par un travail de Grœve (*Centralbl. f. Chir.*, 1898), relatant

une opération conduite d'une façon identique ; mais l'intervention de Legueu était bien antérieure. Le procédé d'autoplastie par glissement du sein, dit Legueu, se réalise de la façon suivante :

1^{er} temps. — Une fois terminée l'exérèse du sein malade, on circonscrit l'autre sein par deux incisions horizontales, l'une supérieure, l'autre inférieure. Ces incisions se prolongent depuis la partie interne ou axiale de la place primitive, jusque vers la ligne axillaire du côté opposé.

2^e temps. — Le sein ainsi circonscrit par deux incisions parallèles, est séparé par dissection de la paroi thoracique ; on a soin de cheminer dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le décollement se fait de lui-même avec le seul recours du doigt.

3^e temps. — Une fois réalisée, cette mobilisation a un large lambeau quadrilataire, à base ou volet externe (axillaire), qu'il est facile de ramener par traction au

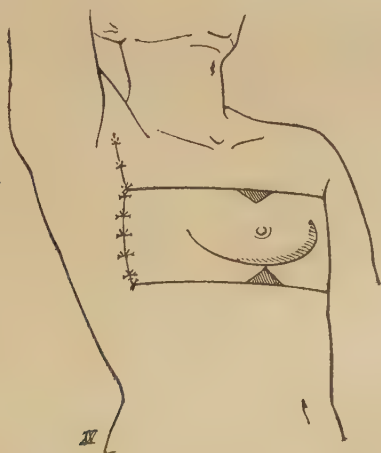


FIG. 10. — Procédé de Legueu.

devant de la plaie béante. La peau très élastique de cette région se laisse facilement distendre.

Mais pour gagner encore en surface, nous avons encore utilisé deux incisions verticales portées l'une en haut, l'autre en bas, vers le mamelon, de façon à utiliser une partie de la peau convexe qui recouvre la saillie même de la glande mammaire.

Ainsi le sein s'aplatit, sa saillie s'efface et lorsqu'on a affaire à une mamelle flasque et pendante, comme il arrive chez une malade âgée, la somme de peau dont on dispose devient alors considérable, le mamelon devient presque médian au devant du sternum et le large volet ainsi détaché peut recouvrir une brèche très étendue.

Modification du procédé Legueu. — M. Morestin pense qu'il y a tout intérêt à supprimer l'incision horizontale supérieure de Legueu et même toute incision sus-mammaire.

Il suffit de détacher la mamelle par une incision curviligne inférieure sur laquelle se brancheront des débridements portant tous sur le segment inférieur du sein. La peau du sein s'étale tout aussi bien que par des incisions diamétrales. On ménage ainsi toute la largeur des téguments compris entre la plaie primitive d'une part, et la région axillaire d'autre part, et ce pédicule considérable assure la parfaite nutrition du lambeau.

Procédé de Beck. — En 1906, dans le *Med. Record* (LXX), Beck, de New-York, préconise une méthode d'ablation du cancer du sein permettant, dit-il, à la fois une exérèse large et une autoplastie facile. La disposition des incisions permet le décollement assez éloigné des lèvres de la plaie.

Beck donne à sa ligne d'incision la forme d'un rectangle. A ses deux extrémités, le côté interne du rectangle est prolongé sur une longueur de trois pouces. Il en est fait de même pour l'extrémité inférieure du côté externe, tandis que à sa partie supérieure il est prolongé sur le bord externe du grand pectoral jusqu'à son insertion humérale. On a donc ainsi deux lambeaux, un supérieur et un inférieur que l'on rapproche par traction légère. Si la tension est trop grande, Beck prolonge le lam-

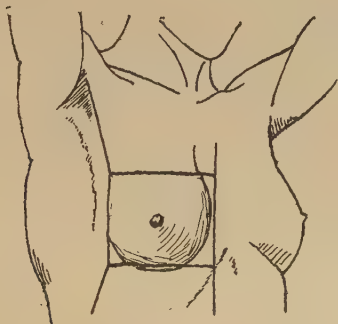


FIG. 41. — Procédé de Beck.

beau inférieur en continuant les incisions inférieures. Un drain est placé à l'extrémité supérieure de la ligne externe.

M. Marion signale dans son *Manuel de techn. chir.*, l'autoplastie par décollement simple, mais il réserve cette méthode aux pertes de substance minimales. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont décollés sur quelques centimètres seulement des bords de la plaie. Mais, dans les cas où ce simple décollement ne suffit pas, et cela est fréquent, il pratique de chaque côté de la partie dé-

collée, deux incisions étendues libérant la peau et permettant le rapprochement.

3° Le grand décollement simple sans incisions de décharge. — Procédé de M. Morestin.

Si nous avons tenu essentiellement à donner un aperçu des différentes méthodes d'autoplastie après amputation du sein, ce n'est pas pour les rejeter, mais notre but est de bien faire remarquer que la méthode de notre maître Morestin est différente, constitue vraiment une méthode nouvelle et digne d'intérêt. Ce mode d'autoplastie, écrit M. Morestin (*Arch. gén. de méd.*, 1903), me paraît bien différent de l'autoplastie par glissement du sein, quoique Mériel, dans son intéressant travail, semble confondre les deux manières. Je les oppose même complètement l'une à l'autre, l'autoplastie par décollement ayant ce caractère bien spécial de ne comporter le tracé d'aucun lambeau, ce qui lui confère nombre d'avantages et de commodités.

Avant de décrire la technique de l'autoplastie par grand décollement simple, de signaler les précautions post-opératoires à prendre, et les avantages que confère la méthode, nous tenons à indiquer déjà par une de nos observations personnelles et des figures, la valeur du procédé.

Observation 6 (Personnelle).*Epithelioma très étendu du sein gauche (1).*

M^{me} G. Cl..., 62 ans, entre le 24 mars 1909 à la Pitié, dans le service de M. le Dr Walther, pour une tumeur ulcérée du sein gauche qu'on lui a refusé déjà plusieurs fois d'opérer. Elle perdit sa mère à 73 ans de cancer de l'estomac. Elle eut 10 enfants qu'elle put tous nourrir sans le moindre inconvénient. Au début de décembre 1908, elle s'aperçoit, au cours de sa toilette, d'une grosseur du volume d'une noix, indolore, dans le segment externe du sein gauche. Le 20 décembre, elle ressent quelques douleurs passagères et lancinantes, pour lesquelles elle fait des applications alternées de cataplasmes de farine de lin et d'eau phéniquée durant 2 mois. Malgré cela, se développe une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, soulevant la peau du segment externe du sein gauche. Ces douleurs, minimales au palper, sont spontanées et lancinantes ; la peau rougit, se tend et s'ulcère, à la fin de février 1909, donnant issue à du sang noir et à une sanie jaunâtre. Les douleurs augmentent et la malade entre à la Pitié. Elle dit avoir maigri depuis quelques mois et n'avoir plus d'appétit. Cependant la malade garde un certain embonpoint ; le facies, quoique coloré, présente sur les tempes et le pourtour des lèvres une teinte jaune clair.

Le sein gauche est sensiblement plus volumineux que le droit. Il est presque en totalité violacé, avec coloration plus foncée dans le segment supéro-externe où fait saillie une tumeur irrégulière et ulcérée. Celle-ci de 5 cent. de large sur 6 de haut fait une saillie d'environ 3 cent. Irrégulière, bosselée, elle présente 4 ulcérations d'où sortent une sanie odorante. L'ulcération centrale est le siège fréquent d'hémorragies en jet arrêtées plus ou moins par l'eau oxygénée. Au pourtour de la tumeur ulcérée, la peau est de coloration foncée sur 4 cent. de pourtour. L'aréole est déformée, attirée en haut et en dehors ; la peau épaissie et tendue entre la

(1) Examen histol. de notre collègue et ami Touraine.

tumeur et l'aréole est en effet, envahie très largement ; en soulevant légèrement le sein avec l'index, le piqueté d'orange se forme dans tout le segment externe de la glande. Le palper dénote, sous la tumeur saillante ulcérée, une autre masse à limites très vagues, débordant la 1^{re} environ de 3 travers de doigts en haut et en dedans, de 2 doigts en bas et en dehors. Au total la tumeur mesure 12 cent. verticalement sur 11 de large ; elle adhère aux plans thoraciques. Il n'y a des ganglions que dans l'aisselle gauche ; on en perçoit 3 du volume d'un gros pois avec trainée lymphangitique partie de la tumeur.

Le 7 avril, j'opère la malade avec anesthésie chloroformique à l'appareil Ricard.

1^o Thermocautérisation de la zone ulcérée qui saigne assez abondamment.

2^o Iode sur toute la région correspondant à la tumeur profonde.

3^o Savonnage, éther et alcool sur tout le reste du sein, l'aisselle gauche et le bras gauche, la région sus-claviculaire et le cou, le sein droit jusqu'au-dessous de l'ombilic et jusqu'à l'épine iliaque gauche.

L'incision cutanée passe à 3 travers de doigts de l'extrémité interne de la clavicule gauche, atteint le milieu sternal au niveau de la 3^e côte, le suit jusqu'à l'appendice xyphoïde, revient à gauche en suivant pendant quelques centimètres le rebord costal, puis revient à gauche horizontalement ; elle est à ce niveau à 22 cent. seulement de la crête iliaque. Dans l'aisselle, elle passe à 2 doigts en arrière du bord inférieur du grand pectoral et rejoint la ligne de départ à la racine du bras.

Des coussins relèvent les épaules, l'épaule gauche porte à faux, le bras est tenu en position de ligature de l'axillaire, l'avant-bras en extension et demi-pronation, le pouce en l'air.

Dissection première de la peau de l'aisselle, résection du chef thoracique du grand pectoral, découverte au bras de la veine axillaire qui est disséquée de bas en haut, tout le tissu cellulaire est enlevé en bloc avec 4 ganglions assez volumineux après section du petit pectoral à la coracoïde. Le curage complètement fait, l'ablation du sein se pratique avec grande rapidité et en bloc. Tout

le tissu cellulaire axillaire avec ses ganglions tient au sein enlevé avec les attaches thoraciques des pectoraux. Hémostase.

La perte de substance est vaste et la peau bien que doublée d'une couche assez épaisse de tissu cellulaire, n'est pas mobilisable. La plaie mesure verticalement 27 cent. et transversalement de 30 à 32.

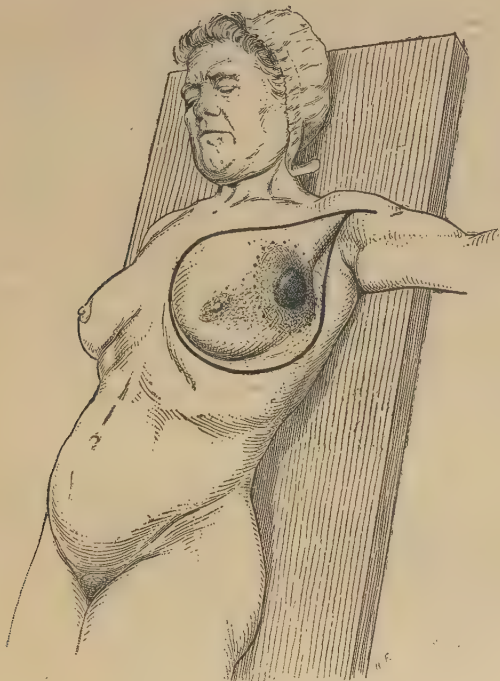


FIG. 12.

Autoplastie par décollement simple et vaste. — Le décollement, pratiqué au bistouri, est poursuivi jusqu'à 2 travers de doigt au-dessus de la clavicule gauche, à 3 doigts au-dessus de la fourchette sternale; il atteint le milieu de la clavicule droite, déborde le bord droit du sternum de 3 doigts, mais c'est surtout en bas que le décollement est poussé loin, dépassant le rebord costal de 10 cent. Il atteint presque la crête iliaque gauche. En arrière, la ligne

axillaire postérieure est dépassée, le grand dorsal est partout libéré sur son bord externe et le décollement empiète de quelques centimètres sur sa face postérieure. La peau est alors mobilisable et les lèvres de la plaie peuvent s'affronter en formant une ligne de réunion unique oblique de haut en bas, de gauche à droite, de la face antérieure de la racine du bras aux dernières articulation^s

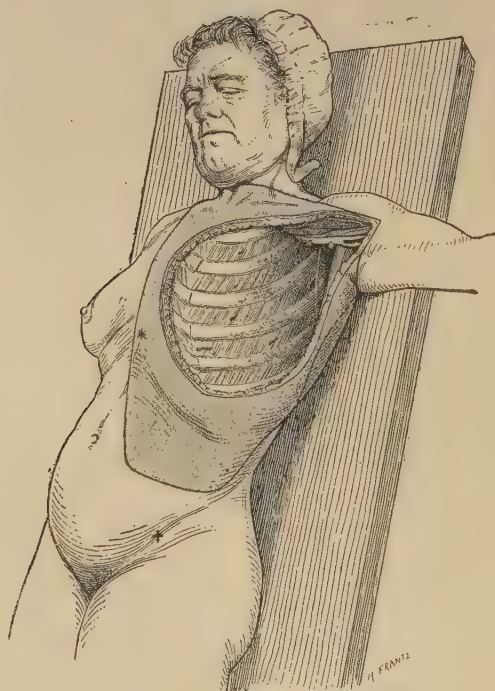


FIG. 13.

chondro-sternales gauches. A la partie moyenne, sur 2 points seulement, la peau, maintenue avec des crins couplés, est tendue. Partout ailleurs, elle reste souple; nulle part elle n'a perdu sa coloration normale. Un drain du volume d'un crayon, placé dans le tiers externe de la ligne de suture, va à l'aisselle. Un autre du volume du pouce est placé dans la région la plus déclive du décollement, à 2 ou 3 doigts de la crête iliaque, un peu en dehors de

la ligne axillaire antérieure. Durée totale de l'opération : 55 minutes.

J'ai été étonné du peu d'hémorrhagie pendant toutes ces manœuvres. Dans les premiers centimètres de décollement de la lèvre inférieure, j'ai dû poser 2 ligatures au catgut ; partout ailleurs je me suis contenté, pour l'hémostase, de tamponner les zones dé-

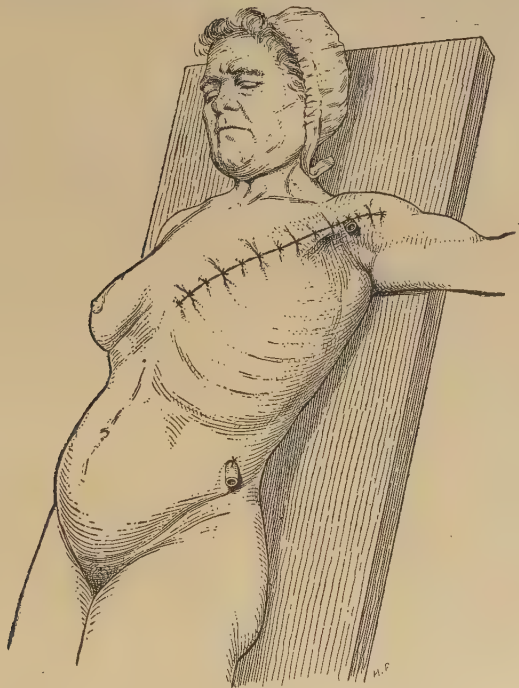


FIG. 14.

collées avec des compresses imbibées de sérum chaud. Dans la zone supérieure de décollement, le suintement sanguin a pour ainsi dire été nul. Pour décoller, je me suis servi uniquement du bistouri, rasant le plus possible l'aponévrose, mais laissant fatalement çà et là un peu de tissu cellulaire sur le thorax. En haut, je n'éprouvai aucune difficulté dans les régions sus-claviculaire, sterno-mastoïdienne, sous-hyôïdienne, les grosses veines ne furent pas lésées.

Pansement, 2 bandages de corps, un thoracique et un abdominal, le bras remis en adduction est légèrement maintenu contre le thorax, l'avant-bras reste assez libre.

Dans le lit, l'opérée est placée demi assise et légèrement inclinée à gauche de façon à bien faciliter le drainage.

La malade n'a jamais souffert de son décollement et n'a pas eu la moindre gêne respiratoire. Aucune élévation de température. Le drain axillaire est enlevé le troisième jour, et le gros drain abdominal remplacé par un drain du volume d'un crayon et très court, trois centimètres. Les compresses sont très peu souillées. Partout la peau est de coloration normale, mais elle est encore tendue à la partie moyenne de la ligne de suture au niveau de deux crins couplés. Au cou, la peau a sa coloration, sa consistance et sa mobilité normales.

Le 13 (6^e jour), ablation des agrafes et des crins, sauf un au niveau de la zone tendue. Ablation du drain abdominal.

Le 17, j'enlève le dernier crin couplé ; laissé un peu longtemps, il a coupé la peau qui est légèrement rouge à ce niveau. Partout ailleurs la peau est normale et mobile sur les plans profonds. L'orifice du drain abdominal est fermé.

Le 22, au niveau de la petite zone rouge, les lèvres de la cicatrice se sont écartées de un centimètre sur une longueur de trois centimètres au plus.

La malade sort de la Pitié le 30 avril. Elle peut déjà placer la face palmaire de sa main gauche à la base de la nuque ; partout la peau du thorax est souple et plissable. Il ne reste qu'un bourgeon charnu à cautériser au niveau de la petite zone d'écartement.

La malade est revue le 28 mai en parfaite santé, les téguments sont souples et mobiles sauf à l'endroit très minime où eurent lieu les cautérisations. Les sensibilités cutanées sont normales.

Dans le compte-rendu de notre intervention, nous n'avons pas omis à dessein les détails, qui semblent avoir leur importance dans l'appréciation de la méthode. Le grand avantage de cette autoplastie est, on le voit, son

extrême simplicité. Nous la pratiquions pour la première fois sans jamais l'avoir vu appliquer sur de grandes étendues ; elle nous permit de fermer une vaste brèche avec rapidité et une grande facilité. Nous sommes persuadés que n'ayant pas une grande pratique de la taille des lambeaux, nous n'aurions pas obtenu avec eux une réunion aussi sûre.

Cet exemple prouve déjà que la principale qualité qu'exige le procédé de Morestin est l'absolue confiance en lui. Il faut être convaincu, avant de commencer le décollement, que celui-ci ne sera jamais trop ou même jamais assez poussé, que moins la peau est tendue, meilleure est la réunion. Les observations ci-jointes prouvent que ces décollements peuvent être poursuivis très loin impunément.

MANUEL OPÉRATOIRE

Ainsi, après avoir aseptisé très largement les téguments du cou, de la face antérieure du thorax, du flanc et de l'abdomen, après l'ablation du sein et l'hémostase, on essaiera avec les deux mains de rapprocher les deux lèvres de la plaie, afin de se rendre compte de la mobilité de la peau et d'apprécier l'étendue nécessaire du décollement. On comptera beaucoup plus sur la laxité de la lèvre inférieure, mais il faut être persuadé que la lèvre supérieure peut être de beaucoup abaissée ; il suffit d'oser décoller suffisamment haut.

Le décollement supérieur. — La lèvre supérieure, saisie avec un tracteur ou simplement la main gauche recouverte d'une compresse aseptique, est attirée en avant et en haut, tandis que la main droite cherche avec

le bistouri à séparer de l'aponévrose la peau doublée de tout son tissu cellulaire. L'amorce du décollement étant faite, la main droite essaie de continuer le décollement à la compresse, en attirant fortement les téguments avec la main gauche ; ainsi le suintement sanguin est-il moindre. Au niveau de la fourchette sternale et de la clavicule, le bistouri doit être repris. On peut se servir plus aisément peut-être des ciseaux longs, droits ou courbes.

Il est nécessaire de ne pas trop se rapprocher du derme. A l'encontre de ce que certains auteurs ont dit à propos des décollements, il faut laisser à la peau tout son pannicule adipeux qui, à notre avis, conserve à la peau l'intégrité de sa nutrition. Il est évidemment difficile de décoller le fascia superficialis exactement au ras de l'aponévrose ; on en laisse forcément quelques îlots çà et là. Le mieux est donc de laisser la peau assez étoffée et en cherchant à avoir la même épaisseur à peu près partout. En s'épargnant la peine d'enlever le pannicule adipeux on gagne du temps, on laisse les téguments dans leurs conditions normales d'existence. En outre on est plus sûr de leur garder leur aspect, leur souplesse et leur mobilité.

Ces décollements peuvent être poussés fort loin sans difficulté et c'est précisément là le point intéressant de la méthode.

L'observation n° 19 montre, qu'en haut, le décollement fut poussé jusqu'à l'os hyoïde, dans l'obs. n° 17 jusqu'au-dessus de l'hyoïde, dans l'obs. n° 22, la libération de la peau du cou eut lieu des deux côtés très haut. Dans aucun cas on ne signale des difficultés de décollement

dans les zones sus-claviculaire, sterno-mastoïdienne et sous-hyoïdienne. Les veines et le peaucier ne gênent nullement. Il suffira de penser aux veines jugulaires antérieure et externe pour les repérer et les éviter ; la plaie est assez large pour permettre le contrôle de la vue et jamais elles ne furent blessées. Chez les sujets gras, le peaucier passe inaperçu ; chez les sujets très maigres, il est préférable, avant d'atteindre les clavicules, de raser les plans profonds, afin de bien détacher le peaucier avec sa peau.

Le décollement supérieur constitue le seul temps délicat de la méthode. Seul il nécessite des connaissances anatomiques et une certaine lenteur.

Le décollement inférieur. — Le *second temps*, décollement de la lèvre inférieure, pratiqué de la même façon, tantôt à la compresse, tantôt au bistouri ou aux ciseaux, est très facile et sans danger, car il n'y a là aucun organe à éviter. Rapidement on peut descendre très bas. Dès que le rebord des fausses côtes est dépassé, le contrôle de la vue est plus difficile ; le décollement est de préférence continué aux ciseaux, tandis que l'autre main, placée sur l'abdomen, guide l'instrument et permet le décollement régulier sur une même épaisseur de la peau doublée de sa graisse. En dedans, il faudra toujours dépasser le bord droit sternal et la compresse à ce niveau est souvent suffisante pour décoller. En arrière et en dehors, il ne faut pas trop compter sur la laxité de la peau du dos — qui est peu extensible — cependant le bord externe du grand dorsal sera bien libéré ainsi que sa face postérieure sur plusieurs centimètres.

Mais encore une fois, si la réunion n'est pas obtenue, il est peu profitable de décoller davantage dans le dos. On reviendra sur l'abdomen où l'étoffe cutanée est toujours une réserve précieuse. La ligne unissant l'épine iliaque antérieure à l'ombilic sera atteinte, dépassée même et l'on pourra arriver jusqu'à la crête et l'épine iliaque. Il serait même autorisé dans les grandes excrèses, nécessitant une couverture cutanée énorme, à passer au-delà de l'ombilic. Celui-ci, facilement découpé dans les téguments, serait suturé ensuite à une boutonnière cutanée pratiquée plus bas et venant se placer à son niveau, la peau étant décollée, tendue et remontée vers le thorax.

L'hémostase. — Toutes ces manœuvres de grand décollement, fait remarquable, s'accompagnent d'hémorragies minimes. Dans les premiers centimètres, on doit souvent placer une ou deux ligatures. Le plus ordinairement il suffit pour faire l'hémostase de tasser après quelques coups de bistouri ou de ciseau, dans l'angle dièdre de décollement, un paquet de compresses de gaze montées ou non sur pince. Un temps très court suffit à hémostasier de cette façon et, tandis qu'on laisse des compresses à gauche ou en haut, on décolle à droite ou en bas.

Une bonne méthode consiste à tamponner avec des compresses imbibées de sérum physiologique chaud, comme le pratique notre maître, M. Walther ; la présence peu prolongée de ce liquide isotonique rend aux tissus leur aspect et arrête le suintement.

Ainsi le voit-on, aucune limite n'est assignée au décollement et la seule règle est de le pousser aussi loin

qu'il est nécessaire à l'affrontement aisé des lèvres de la plaie. Celles-ci, maintenues par quelques crins couplés perforant les téguments à 2 cent. des bords libres, seront réunies par ailleurs avec des agrafes pour gagner du temps.

Le drainage. — Mais une précaution fort importante dans ces vastes décollements est le drainage. Il sera toujours pratiqué dans la zone la plus déclive, c'est-à-dire au point d'accumulation des suintements dus à la section des artérioles et des lymphatiques. Il constituera une soupape de sûreté en cas d'hémorrhagie ou de lymphorrhée secondaires et en cas d'infection. Le drain, court et large, sera donc fixé par un crin à une boutonnière pratiquée le plus bas possible. Ainsi le drainage classique de l'aisselle est-il presque superflu ; on peut s'en passer — et si pour plus de prudence on veut le pratiquer, il suffit de placer un tube de la grosseur d'un crayon entre deux agrafes dans le tiers externe de la ligne de suture.

Soins post-opératoires. — Les soins post-opératoires sont simples, mais quelques détails sont à mettre en lumière et peuvent, dans certains cas, avoir leur importance. Le pansement très large, composé de compresses de gaze stérilisée recouvertes d'ouate hydrophile et d'ouate ordinaire, sera maintenu par deux bandages de corps, un pour le thorax remontant jusqu'à l'aisselle et l'autre pour l'abdomen dans les cas de drainage bas situé. Quelques tours de tarlatane pourront maintenir autour de la base du cou et sur les épaules une couche d'ouate ordinaire ; ainsi une compression douce et méthodique sera souvent utile dans les décollements du cou. Pour certains opérateurs, l'adduction du bras est nécessaire

avec immobilisation de l'avant-bras dans une petite écharpe. Il vaut mieux cependant le laisser libre, écarté du corps, reposant sur un coussin.

Un autre point intéressant est l'attitude de l'opérée dans son lit. Il est préférable de la placer de suite demi assise et bientôt assise tout à fait, non seulement pour éviter la congestion pulmonaire, mais pour favoriser le drainage. Du moment qu'il y a un gros drain dans la zone la plus déclive, il faut s'en servir et au besoin, l'opérée assise sera maintenue légèrement inclinée du côté intéressé. Il sera bon, quand le décollement aura été pratiqué très haut sur le cou ou que les léguments seront tendus, de maintenir la tête de la malade légèrement fléchie pendant 12 à 24 heures pour ne pas tirailler les sutures et donner à la peau le temps de se distendre. L'ablation du drain de l'aisselle se fera après 36 ou 48 heures. Quant au drain abdominal, il sera laissé suivant le cas 3, 6 ou 8 jours et l'on se basera pour cela sur l'aspect plus ou moins souillé du pansement.

§ 2. — Etude critique des méthodes d'autoplastie.

1° Les greffes.

S'il est possible au moyen de greffes d'obtenir la cicatrisation totale d'une vaste perte de substance, combien lente est la guérison ; des mois sont nécessaires parfois à la réparation. Ces greffes sont d'une vitalité précaire et en tous cas, quelle médiocre cicatrice elles donnent, adhérente et fragile. Le moindre frottement cutané suffit en effet à blesser ce mince revêtement épidermique couvrant comme d'un léger vernis la couche fibreuse.

2° Les lambeaux.

La méthode des lambeaux rend de bien grands services mais elle a ses inconvénients et certes, l'on peut faire mieux, à moins de frais, avec plus de facilité. Le sphacèle des lambeaux est relativement fréquent et cela se conçoit : l'irrigation de la partie décollée est réduite au territoire d'un simple pédicule. Aussi la règle est-elle de chercher à obtenir un lambeau à pédicule très large. Si par hasard ce pédicule est mal vascularisé, toute la nutrition des téguments s'en ressentira et, malgré l'irrigation d'emprunt qui s'établit assez tôt après l'application du lambeau sur la surface cruentée, il y aura du sphacèle.

En outre, la taille d'un lambeau exige de la part du chirurgien une certaine habileté, une certaine expérience. Dans le procédé de Tansini l'ampleur du lambeau doit être exacte à celle de la plaie. Dans le procédé de MM. Quenu et Robineau il s'agit de tailler un lambeau de dimensions proportionnelles à l'étendue de la surface cruentée.

En tous cas, fait certain, toute incision de décharge, tout tracé de lambeau, est hémorragipare. On doit parfois multiplier les ligatures sur les tranches et lier de gros vaisseaux. Bien plus, lorsque la surface cruentée est comblée, il faut songer à réparer la plaie d'emprunt, et pour cela tailler un autre lambeau plus bas et ceci plusieurs fois de suite dans certains cas. On conçoit aisément que les incisions se multipliant, les ligatures d'hémostase seront plus nombreuses, les points de suture cutanés fort multipliés. L'acte opératoire, qui pour être efficace doit à lui seul déjà être minutieux et lent, sera considérable-

ment allongé, prédisposant les opérées aux phénomènes de Schock, aux accidents de l'anesthésie. Les incisions étant plus nombreuses, les voies d'infection le seront aussi. Les opérées porteront enfin des cicatrices étendues, qui, loin d'être esthétiques, pourront, par rétraction ou si elles deviennent adhérentes, douloureuses, chéloïdiennes, déterminer une gêne sérieuse.

Le procédé d'Ombredanne est ingénieux, mais il ne permet pas une exérèse suffisante du sein et de la peau. Son auteur, il est vrai, le réserve à certains cas très limités, mais on a vu le long lambeau inférieur à pédicule trop étroit se sphacéler. Nous ferons aux procédés de Roux, de Rodman et de Marion, l'objection de ne pouvoir suffire aux vastes plaies de 25 à 35 centimètres.

Le procédé de Beck permet de grands décollements, mais il oblige à disposer d'une façon particulière et toujours la même, l'incision primitive. Il y a en somme quatre incisions de décharge diminuant la vitalité des lambeaux et la ligne de suture est assez compliquée, assez étendue, longue à suturer, disgracieuse. En tous cas on peut faire mieux et plus simplement.

Reste la **méthode de Legueu**, translation du sein opposé, qui permet évidemment de combler sans trop de difficultés et sans danger de vastes pertes de substances. Mais, encore pour appliquer ce procédé, faut-il pouvoir se servir du sein du côté opposé. Ainsi de l'observation n° 9 Morestin, pour combler une plaie de 30 cent. sur 20, avait un instant songé à l'autoplastie par transposition de l'autre sein, mais ce dernier était de proportions misérables et ne pouvait suffire. La méthode de Legueu est donc aisée et ne donne des résultats que lorsque le sein est volumineux, flasque et pendant.

En outre dans ce procédé, on peut reprocher au pédicule d'être chétif par rapport à la longueur du lambeau et de fait, dans plusieurs cas, il s'est produit des mortifications de son extrémité. Un autre argument contre la méthode, a été tiré de l'aspect de la poitrine après cette intervention et cet argument non plus n'est pas négligeable, bien qu'il s'agisse presque toujours de femmes âgées, de récidives. On ne doit se résigner à déterminer la cyclopie mammaire, qu'après en avoir prévenu la femme et obtenu son consentement formel.

Enfin il arrive que le cancer frappe les deux glandes simultanément ou successivement. Dans le cas d'évolution simultanée, l'indication de la méthode est supprimée mais, dit Morestin, « un danger pourrait résulter du développement ignoré du processus cancéreux de la glande réputée saine. J'ai signalé cette éventualité qui paraît s'être réalisée chez une de mes malades (1). »

Ainsi l'indication de cette méthode doit être exceptionnelle malgré ses avantages. A notre avis, elle sera réservée aux cas rares ne pouvant pas bénéficier du grand décollement.

3° Procédé du décollement simple et étendu

(Méthode de M. de MORESTIN).

La méthode par vaste décollement peut au premier abord paraître mutilante, d'une hardiesse périlleuse.

Les témoins de ces délabrements sont au début éton-

(1) *Gaz. des Hôp.*, 16 avril 1901.

nés et, à voir ces grands écorchés, ils pourraient craindre des suites fâcheuses, inflammatoires ou physiologiques. Il n'en est heureusement rien, et leur première impression se dissipe avant la fin de l'intervention, à la vue de l'affrontement facilement obtenu, de la coloration quasi normale de la peau attestant sa vitalité certaine.

Les suites opératoires dans les observations que nous avons recueillies ont toujours été d'une extrême simplicité.

Ni hémorrhagies, ni tendance au shock, ni faiblesse particulière.

Plusieurs fois cependant, ils'agissait de malades âgées, sans résistance. L'opérée de l'obs. 7, avait 72 ans, une autre 70 (obs. 21), une autre enfin, 74 (obs. 13); celle-ci particulièrement était très fragile, l'anesthésie fut minime.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'amputation du sein, il est intéressant de rappeler l'obs. citée n° 5 (brûlure de la poitrine), ou la malade ayant près de 60 ans, se trouvait affaiblie par une longue et abondante suppuration.

Dans deux cas seulement où le drainage abdominal n'avait pas été pratiqué, il se produisit un soulèvement fluctuant des téguments au niveau de la zone inférieure du décollement.

Dans l'obs. 27, m'étant aperçu à l'occasion d'un pansement d'un soulèvement peu tendu de la peau au-dessous de la cicatrice, je débridai celle-ci sur un centimètre et l'évacuation d'un verre à Bordeaux de liquide légèrement rosé, suivi de compression légère, suffit à la guérison. Jamais il n'y eut la moindre élévation de température.

De l'obs. 14 les suites eussent été aussi simples si la malade n'avait pas présenté un entêtement inouï, ni fait l'imprudence de sortir de l'hôpital. Malgré cela, et l'absence du drain, il n'y eut qu'une légère et courte élévation de température.

Dans aucun cas nous n'avons noté de douleurs vives ou prolongées, éprouvées par les opérées. Jamais, dans les plus vastes décollements, les malades ne se plaignirent de constriction thoracique marquée, ou de tiraillement abdominal. Ces faits sont compréhensibles si l'on songe à la facile et rapide extension de la peau décollée. En quelques heures seulement, en effet, elle est susceptible de subir une ampliation énorme. Son moulage est parfait sur les plans profonds dont elle épouse facilement les saillies et les dépressions. La compression méthodique et douce du pansement l'y aidera, mais n'est pas indispensable.

L'accolement aux surfaces écorchées se rétablit rapidement ; il se reforme de nouveaux tractus cellulux et vasculaires, qui fixent la peau dans sa situation nouvelle et augmentent encore sa nutrition. L'innervation elle-même se rétablit assez rapidement (obs. 6). Jamais on n'a noté de troubles trophiques consécutifs.

Ainsi, les téguments bien nourris de toutes parts, non-seulement jamais n'ont leur vitalité compromise, mais reprennent assez tôt (obs. 26) leur mobilité, leur consistance, leur souplesse et nos observations ne signalent ni brides, ni adhérences profondes consécutives. La cicatrice même n'est généralement pas adhérente.

Nous sommes presque autorisés à affirmer la restitution ad integrum des tissus sous-cutanés. Ce fait étant

appuyé par une communication de M. Morestin à la Société anatomique de 1902, qu'il est intéressant de noter. Il s'agit de la malade de l'obs. 5 de 1901, citée au début de ce travail (sarcome du sein et goître, autoplastie à l'aide des téguments du cou). Cette malade subit en 1902 une 2^e intervention pour fibro-sarcome du sternum (résection du manubium) et succomba quelque temps après à une généralisation.

« Le corps thyroïde est sain....., le plan musculo-aponévrotique sectionné et suturé a repris l'apparence ordinaire et la cicatrice qui la traverse ressemble à une intersection aponévrotique. La peau n'offre aucune adhérence et le tissu cellulaire du cou, qui avait subi un vaste décollement, ne diffère en rien de celui des sujets qui n'ont subi aucune intervention. Ces résultats sont intéressants à constater, car ils montrent jusqu'à quel point se fait la réparation quand l'intervention a été régulièrement conduite et l'évolution de la plaie aseptique. »

Ainsi de tous les faits précédents, peut-on conclure à la bénignité extrême du procédé quelle qu'ait été l'importance du décollement, et on se l'explique aisément. Ces manœuvres d'autoplastie sont en somme très simples, se pratiquent en très peu de temps. Aucun organe important n'est intéressé et l'hémorrhagie est toujours minime. Les choses s'étant toujours passées de cette manière sur une série déjà longue d'opérations, on peut affirmer que ce sera toujours ainsi et que l'on peut impunément oser les plus lointains délabrements, pourvu, bien entendu, que l'on observe les précautions élémentaires contre l'infection et que l'on n'oublie pas de drainer en

région basse. Cette soupape de sûreté n'est pas une complication de la méthode. On n'hésite pas à perforer la peau de l'aisselle sous la suture pour drainer, pourquoi serait-ce un inconvénient de reporter le même drain à la région la plus déclive du décollement ? Il nécessite, il est vrai, un pansement abdominal, léger détail, et les immenses et multiples incisions de certains procédés en réclament de bien plus soigneux.

Les avantages de notre procédé sont donc énormes. C'est tout d'abord *sa grande simplicité*. Il n'y a pas à tâtonner comme pour la taille d'un lambeau que l'on peut redouter de faire trop court ou trop long. Avec le grand décollement, on est certain de pouvoir toujours réunir, fait important, dans le cancer du sein. L'esprit tranquillisé dès le début de l'opération, le chirurgien pourra se livrer impunément aux incisions les plus larges, les plus complètes. Il lui suffit d'avoir une entière confiance dans la méthode et savoir que l'on peut impunément décoller la peau sur de vastes surfaces, qu'il faut même la décoller jusqu'à ce que les lèvres de la plaie puissent aisément et sans tension se réunir.

Après une intervention longue et minutieuse comme doit être une amputation du sein, le décollement sans incision de décharge constitue l'autoplastie la plus rapide.

Rappelons que c'est elle qui laisse aux téguments le maximum de vitalité, la peau décollée recevant du sang par tout son pourtour, sauf uniquement sur la tranche de section.

Enfin, un avantage très appréciable est la réduction de la cicatrice. Non seulement les points de suture sont moins nombreux, les voies d'infection diminuées, mais

l'esthétique sera autant que possible respectée. Si évidemment la poitrine subit du fait de l'absence d'un sein une dépréciation énorme, du moins le reste du corps ne restera pas couturé de longues cicatrices parfois rétractiles et douloureuses.

Indications. — Elles découlent des multiples avantages. C'est ainsi que ce procédé seul pourra servir à presque tous les cas, aux petites comme aux vastes autoplasties. Il suffira de graduer dans chaque cas particulier la mobilisation tégumentaire d'après les besoins.

Mais il y a des sujets, les gens âgés par exemple et surtout ceux qui, ayant été très adipeux, ont un peu maigri, pour qui la méthode sera d'une plus grande facilité. Le décollement d'un tissu cellulaire lâche est plus rapide à faire et la peau est d'une extrême mobilité.

La méthode de M. Morestin a enfin une indication, pour ainsi dire formelle ou du moins, est le seul bon procédé dans un cancer étendu des segments internes du sein ou dans le cancer des deux mamelles si aucune contre indication d'ordre ganglionnaire ou autre n'empêchait d'opérer.

Contre indications. — Elles sont rares. Cependant, il est préférable d'abandonner la méthode chez une femme à sein très flasque et très pendant; le décollement, en effet, exagère encore cette disposition. Dans certaines opérations pour récidives après ablations larges, on pourrait avoir affaire à des tissus trop adhérents, trop minces, mal nourris, balafrés de cicatrices multiples, plus ou moins souples. Le décollement pourrait peut-être ici être fort difficile. Encore permet-il de combler en très grande partie la brèche thoracique et aucun

autre procédé ne pourrait mieux faire. Enfin chez des femmes trop âgées, sans résistance, il serait bon de ne pas pratiquer de trop grands délabrements.

L'obs. n° 13 montre que le décollement n'a pas pu être poussé assez loin à cause de l'état très faible de la malade et qu'ainsi la plaie n'a pas pu être entièrement comblée.

En résumé. — Nous espérons avoir mis suffisamment en lumière une méthode d'autoplastie générale qui a pour ainsi dire son lieu d'élection au cou, à l'abdomen et au thorax et nous semble être dans ces régions le procédé de choix. Après amputation du sein, elle peut rendre, nous le croyons, aux praticiens et aux opérées les plus signalés services, car elle est simple, rapide, sûre, anodine, esthétique et d'une extrême innocuité.

OBSERVATIONS

Obs. 1 à 6. — Voir chapitres I et II.

Obs. 7. — M. MORESTIN, *Archives générales de médecine*, 1903.
— *Cancer très étendu du sein droit.* — M^{me} Louise B. . . , couturière, âgée de 72 ans, entra le 2 septembre 1903, à Saint-Louis, isolement n° 34, pour une tumeur ulcérée du sein droit. C'est une vieille connaissance. Elle a déjà passé dans le service une partie de l'année précédente, ayant été opérée au mois d'avril 1902 pour une hernie ombilicale étranglée. La hernie était assez volumineuse, irréductible de longue date, et étranglée depuis trente-six heures. On opère laborieusement, mais l'intestin (côlon et grêle), est encore long, et peut être réduit. La paroi est consolidée tant bien que mal et hâtivement, car la congestion pulmonaire menaçante, et l'état précaire de cette pauvre vieille, ne laissent pas grand espoir (il y avait déjà des vomissements fécaloïdes). Après avoir traversé les plus grands dangers, elle finit par guérir. Pendant son séjour, on avait constaté l'existence d'un squirrhe du sein droit, dont l'ablation inopportune à ce moment, fut remise à plus tard. Mais, rentrée chez elle, la bonne femme oublia sa tumeur, la laissant tout à loisir s'étendre et progresser. Cependant, au-dessus de la masse, portant une ulcération avec laquelle elle s'était accoutumée à vivre, apparut, voilà deux mois, une saillie qui augmenta rapidement, et au niveau de laquelle les téguments ne tardèrent pas à rougir.

La peur enfin la prend, et elle vient réclamer l'intervention. L'état général n'est pas mauvais pour le moment ; mais, localement, les lésions sont fort étendues. Alors que le sein gauche est pendant, le droit est comme remonté, fixé et tassé sur lui-même. Il

est très déformé, déprimé à son centre, où le mamelon rétracté se laisse à peine distinguer. Creusé, à sa partie inféro-externe, d'une profonde ulcération, il montre, à sa partie supérieure, une grosse saillie arrondie, couverte de téguments altérés. L'ulcère irrégulière-

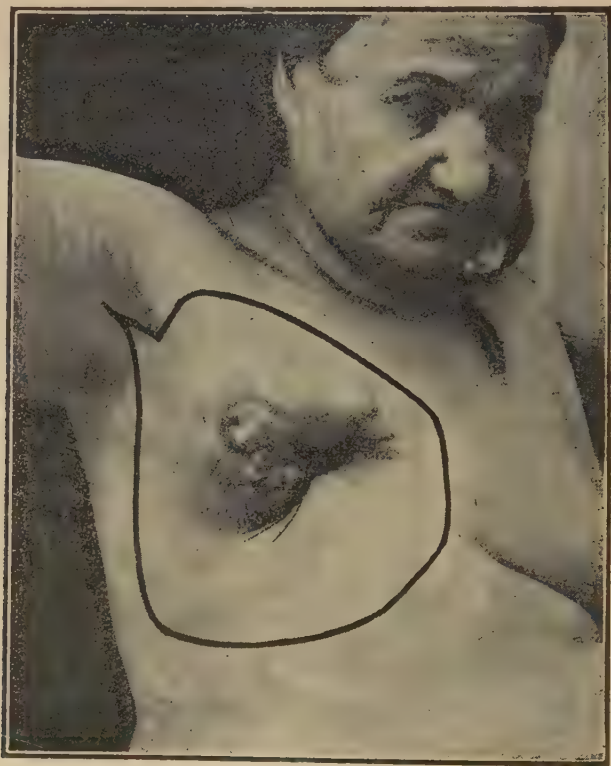


FIG. 15.

ment circulaire, est à bords calleux, inclinés en pente, des sillons et des plis cutanés viennent y aboutir. Il repose sur une masse dure, qui semble occuper toute la glande, et dont la saillie sus-jacente n'est qu'une dépendance.

C'est une autre partie de la tumeur en train d'ulcérer les téguments. D'ailleurs, l'envahissement cutané ne se borne pas à cette

région ; tout au contraire, il est diffus, et s'étend à toute la mamelle. Partout, sur celle-ci, on constate le signe de la peau d'orange ; en aucune de ses parties, il n'y a de mobilité de la peau sur la glande. Celle-ci est donc prise en bloc et en totalité, avec simplement des degrés variables dans l'évolution des lésions. On ne peut s'empêcher toutefois de noter le contraste entre la région inféro-externe du sein où siège l'ulcère, et la partie supérieure. La première est toute ratatinée, rétractée, donnant l'impression du processus à marche lente et scléreuse ; l'autre, au contraire, d'une tumeur à marche relativement rapide. Il semble qu'il y ait là, réunis l'un à côté de l'autre, le squirrhe et l'encéphaloïde, termes qui désignent, on le sait, deux aspects cliniques, sans différence histologique sérieuse.

En dépit de cette grande extension de la tumeur mammaire, il n'y avait pas d'adhérence au grand pectoral, et l'exploration de l'aisselle demeurait négative. Les dimensions du néoplasme et le grand âge de la malade, constituaient des conditions défavorables.

Le 7 septembre, cette intervention fut pratiquée, sous la chloroformisation minima. Je dus faire un très grand sacrifice cutané. L'incision circonscrivant les parties condamnées, passait en dedans sur la ligne médiane, en haut à deux travers de doigt de la clavicule, en dehors sur le bord antérieur et externe du grand dorsal, en bas à trois travers de doigt au-dessus des limites apparentes de la mamelle.

Je fis l'ablation du grand pectoral, chef thoracique, et le curage de l'aisselle.

La plaie offrait *30 centimètres dans sa plus grande largeur, et 25 dans le sens vertical.*

Heureusement, il s'agissait d'une femme à graisse molle et à peau complaisante, ce qui rendit le décollement et la mobilisation faciles. Avec les ciseaux, avec le bistouri, je me mis en effet à libérer les téguments, en haut et en bas, poursuivant ce travail de mobilisation aussi loin qu'il le fallait pour affronter les lèvres de la plaie, primitivement tellement éloignées qu'on pouvait craindre d'échouer dans cette tentative. Mais peu à peu les téguments libérés se laissaient déplacer et attirer, les ciseaux cheminant dans le

fascia superficialis ou le pannicule adipeux allaient couper leurs attaches à l'aponévrose, tantôt du côté du cou, dépassant la clavicle, franchissant la ligne médiane, tantôt du côté du rebord du thorax et de l'abdomen. Enfin, je pus placer mes sutures, trois ou quatre fils de soutien, une quarantaine de fils d'affrontement. Le décollement avait été poussé en haut *jusqu'au devant du larynx*, jusqu'au *bord antérieur du trapèze à droite*, jusque dans le *creux sus-claviculaire gauche*. En bas j'étais descendu au-dessous du

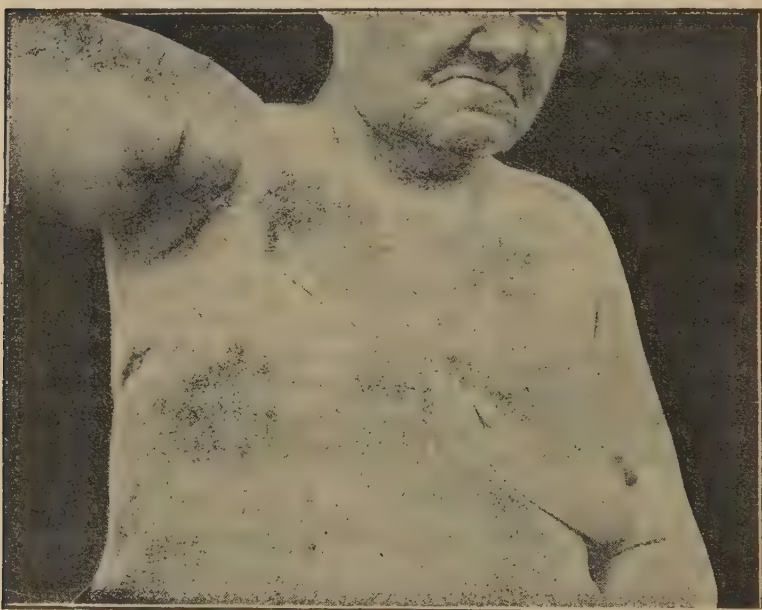


FIG. 46.

rebord des fausses côtes. En mesurant de l'orifice de drainage, placé dans la déclivité, à la ligne de sutures, on trouve actuellement 19 centimètres, ce qui donne une indication au sujet de l'importance de la zone décollée, laquelle était encore forcément plus étendue.

Les suites furent très heureuses, la réunion échoua seulement en un point, à l'union du tiers externe et du tiers moyen de la ligne

de sutures. Cette ligne ayant plus de 30 centimètres, et allant depuis la face interne du bras jusque sur le sein gauche, la désunion s'opéra exactement sur une largeur de 4 centimètres, et les bords s'écartèrent de 2 centimètres et demi. Ce fut le seul incident. Cette surface se répare d'ailleurs très bien secondairement, et la guérison était complète dans les premiers jours d'octobre.

L'examen de la tumeur a été fait par M. Cornil. Il s'agit d'un épithélioma tubulé du sein.

Obs. 8 (Personnelle). — *Cancer du sein gauche (forme grave)*. — M^{me} Br. . . , Thérèse, 46 ans, du village d'A... , Savoie, vient le 9 mai 1909 consulter, à Chambéry, M. le Dr Piot pour une tumeur du sein gauche douloureuse depuis quelques jours. Elle s'en est aperçue pour la première fois et par hasard dans les derniers jours de mars ; mais elle ne s'en était pas préoccupée, le sein n'étant pas douloureux à ce moment. Elle entre à l'hôpital de Chambéry le 18 mai dans le service de M. le Dr Amédée Denarié qui nous fait l'honneur de nous faire examiner la malade et de nous demander de l'opérer. Il faut une intervention large, car c'est un cancer à marche rapide (6 ou 7 semaines). La tumeur cancéreuse soulève la peau du sein à un travers de main au-dessus du mamelon, un peu en dedans de la ligne mamelonnaire ; cette peau est d'aspect normal. Le palper dénote une première tumeur dure, bosselée, à contours diffus, assez superficielle, de 5 centimètres de diamètre environ, non douloureuse à la pression. A jour frisant, le sein étant soulevé, il semble qu'il y ait déjà des adhérences entre la tumeur et la peau, laquelle se plisse moins bien à son niveau. Cette tumeur tient dans la profondeur, à la façon de la tête d'une brioche, à une tuméfaction plus profonde, s'étendant en bas jusqu'au mamelon, à contours excessivement flous ; toute cette partie de glande infiltrée est assez mobile sur les plans thoraciques profonds. Mais il y a un cordon lymphangitique net qui, parti de la zone malade, se rend à l'aisselle où l'on perçoit quelques petits ganglions mobiles et un du volume d'une grosse noisette, siégeant au sommet de l'aisselle, fixe et douloureux. Rien dans les creux sous et sus-claviculaires ni dans l'aisselle opposée.

La malade a un certain embompoint, bien qu'elle prétende avoir maigri depuis 6 à 8 mois. On ne relève rien d'intéressant dans ses antécédents.

Opération le 19 mai 1909. — Anesthésie à l'éther. Incision cutanée en large raquette à queue légèrement recourbée sur la face antérieure de la racine du bras. Dissection première de la peau de l'aisselle. Dissection de la veine axillaire à la racine du bras ; section des pectoraux, évidemment complet du creux axillaire. Ablation dernière du sein malade, circonscrit par une incision dépassant en haut de trois doigts la tumeur, c'est-à-dire passant à deux doigts de la clavicule gauche, atteignant en dedans la ligne médiane et la dépassant, débordant en bas le sillon sous-mammaire. Tout le tissu cellulaire de l'aisselle et ses ganglions, l'attache thoracique des pectoraux et le sein sont donc enlevés en une seule pièce. Hémostase.

Autoplastie par décollement simple. — La surface cruentée mesure dans le sens vertical environ 20 à 22 centimètres. Le décollement est poursuivi en haut et à gauche jusqu'au dessus de la clavicule — sur la ligne médiane il déborde de 3 doigts la fourchette sternale — il dépasse bien le bord droit sternal. En dehors et en arrière, le bord du grand dorsal est libéré. C'est en bas, surtout à l'abdomen, que le décollement est poussé sur 18 à 20 centimètres environ, dépassant assez le rebord des fausses côtes.

Le décollement produit un suintement sanguin minime ; en deux points seulement nous sommes obligés de poser une ligature. Le rapprochement des lèvres de la plaie est effectué avec trois crins couplés et quelques crins simples ; le reste est réuni aux agrafes. Un drain du calibre du petit doigt, placé dans l'aisselle, sort par la ligne de réunion vers la ligne axillaire antérieure. Un autre du même calibre et plus court sort par une contre ouverture placée à l'abdomen, à la partie la plus déclive du décollement inférieur.

En un point de la suture, au niveau des crins couplés les plus externes, la peau est tendue. Je fais remarquer que cet inconvénient qui pourrait amener un petit point de sphacèle, eut pu être évité avec un peu plus de décollement cutané à ce niveau.

Nous avons l'impression très nette que la taille d'un lambeau avec les nombreuses sutures auraient de beaucoup augmenté la durée de l'intervention.

La malade est maintenue assise, légèrement inclinée à gauche. Elle est placée dans un fauteuil le soir même et le lendemain soir on la fait marcher. Pas la moindre souffrance, pas de gêne respiratoire, pas de vomissements.

Obs. 9. — M. MORESTIN, *Arch. gén. de méd.*, 1903. — *Cancer très étendu du sein gauche.* — Une femme de 53 ans, T..., entre le 10 août à l'hôpital St-Louis, isolement n° 3, pour une volumineuse tumeur du sein gauche. Cette tumeur reconnue depuis un an, était ulcérée depuis 2 mois, la peau était largement envahie, principalement dans la moitié interne où siégeait l'ulcération. Celle-ci, grande comme une pièce de 5 francs environ, occupait le quadrant inféro-externe de la mamelle. A son pourtour les téguments violacés, adhérents, étaient visiblement très altérés et incorporés à la tumeur sous-jacente qui formait relief dans toute cette partie du sein. Ces changements d'aspect s'étendaient même au delà de la mamelle, au-dessous et en dehors d'elle, jusqu'au-dessous de l'aisselle. Au palper, on reconnaissait, dans l'épaisseur de la mamelle, une grosse tumeur, grosse comme les deux poings, présentant plusieurs bosselures, mobile dans son ensemble sur les parties profondes, comme nous l'avons vu, largement adhérente au revêtement cutané. Mais, circonstance intéressante, on ne notait ni rétraction du mamelon, ni ce capitonnage particulier comparé à la peau d'orange. La tumeur était assez mal limitée dans son ensemble, mais, trois ou quatre bosselures offraient des surfaces nettement arrondies émergeant de la masse diffuse ambiante. L'une d'entre elles était fluctuante; c'était la plus volumineuse placée à la partie externe du sein. En passant sur elle on faisait jaillir en abondance, par un pertuis ouvert dans l'ulcération précipitée, un liquide séreux citrin. Il y avait là un kyste en communication avec l'extérieur, communication étroite et toute récente. Les autres bosselures étaient de consistance très ferme. Dans l'aisselle existaient de gros ganglions encore mobiles.

Quant à l'ulcération elle était peu profonde, assez anfractueuse, à bords irrégulièrement découpés dans la large plaque infiltrée tégumentaire, sans être entourée d'un bourrelet particulier. Le

fond était couvert de gros bourgeons très saignants et de quelques détritux sphacéliques. Rien à l'autre sein, ni dans aucun autre organe.

Le diagnostic le plus vraisemblable était que nous étions en présence d'un sarcome du sein ; dans cette variété de tumeurs les productions kystiques sont particulièrement fréquentes. L'absence de rétraction du mamelon et le mode d'envahissement de la peau étaient également en faveur de cette opinion.

Le 13 août, je fis l'ablation de la mamelle et de tous les tissus qui, en dehors d'elle, paraissaient suspects. Il fallut donc créer une énorme perte de substance, car non seulement toute la mamelle fut sacrifiée, mais il fallut encore supprimer, en dehors et en bas, les téguments périmammaires sur une étendue de quatre ou cinq travers de doigt, détruisant ainsi une des réserves cutanées le plus ordinairement utilisées pour la réparation des plaies de ce genre. Pour mieux curer l'aisselle, je fis l'ablation du faisceau inférieur du grand pectoral et sectionnai le petit. Le creux axillaire était, hélas ! rempli de gros ganglions, durs et blanchâtres, trop manifestement néoplasiques, mais cependant encore mobiles.

La plaie offrait alors, en longueur, près de 30 centimètres, de 18 à 20 dans sa plus grande hauteur.

Je songeai un instant à l'autoplastie par transposition de l'autre sein, mais ce dernier était de proportions misérables, et ne pouvait suffire. Je procédai alors par *décollement très étendu*, mobilisant au loin les téguments, dépassant en haut la clavicule et la fourchette sternale, remontant jusqu'au bord antérieur du trapèze et au larynx, en bas, descendant jusqu'au voisinage du rebord costal. A ce prix, les lèvres de la plaie purent être mises en contact et suturées. C'était une femme grasse, mais le pannicule adipeux était dense, ferme, la peau peu extensible, et l'affrontement fut un peu forcé. Je comptais sur la position pour relâcher les sutures. En effet, quand le bras fut reporté en avant, la tête fléchie et le bassin soulevé, la peau se détendit assez pour nous rassurer complètement. Je fis remarquer cependant à nos aides que, si la réunion échouait, ce serait seulement faute d'avoir assez décollé, et qu'il conviendrait non d'accuser la méthode, mais de me reprocher d'en

avoir fait un emploi encore trop timide. Un seul drain fut laissé sortant par un trou décline particulier.

Les choses allèrent à ma satisfaction. Le lendemain, je trouvai ma malade calme et tranquille, avec un pouls plein et régulier, et une température normale. Elle souffrait très peu, *ne se plaignait point*, et supportait très bien son grand décollement. Le 18, pansement, enlèvement du drain. La réunion complète est assurée. Le 24, les fils sont enlevés, la réunion est en effet totalement obtenue. Certains fils (fils de soutien) ont un peu coupé, causant de petites fentes dont la direction est perpendiculaire à celle de la plaie, négligeables détails.

Encore quelques jours, et les petits trous se combleront, les dernières croûtelles tombent, l'orifice de drainage se ferme. Nous gardons jusqu'au 12 septembre la malade, qui, en sortant de l'hôpital, doit faire un assez long trajet en chemin de fer pour rentrer dans sa province. Elle nous quitte en gardant encore un peu d'œdème localisé à la partie postérieure et interne du bras.

L'examen de la pièce a été fait par M. Cornil. Il s'agissait d'un épithélioma, dont le stroma était myxomateux.

Obs. 10 (Inédite, due à M. MORESTIN). — Tumeur grossière comme le poing, occupant la moitié supérieure au sein gauche, massive, dure, adhérent largement à la peau. Opération le 19 septembre 1901 à Lariboisière dans le service de M. le Dr Michaux. Ablation du sein et des pectoraux, évidemment de l'aisselle où on ne sent pas de ganglions par la palpation, mais où on en trouve de nettement cancéreux en dissociant la graisse. Ceci n'a rien d'étonnant, car cette femme est énorme et l'aisselle est bourrée d'énormes paquets graisseux. Pour obtenir la réunion, une très large libération des bords de la plaie est nécessaire. Le décollement est pratiqué sur plus de la largeur de la main dans les deux sens.

A l'examen de la pièce, on voit qu'il s'agit d'un carcinome vulgaire avec divers foyers de ramollissement.

Obs. 11 (Inédite, due à M. MORESTIN). — M^{me} D..., entre le

24 septembre 1901 à la Maison Dubois, salle Liserroi, 35 ans, elle est atteinte d'un épithélioma très étendu du sein gauche.

Opération le 29 septembre, extirpation très large, l'incision passe en dehors des limites de la mamelle, curage de l'aisselle. Décollement allant de la clavicule au bord inférieur du thorax. Les suites sont très simples, la réunion se fait par première intention.

Obs. 12 (Inédite, due à M. MORESTIN). — M^{me} M. ., est opérée le 3 février 1904 à Cochin pour un volumineux cancer du sein droit. Ablation généreuse de tout le sein, décollement habituel depuis environ deux doigts au-dessus de la clavicule, jusqu'au dessous des fausses côtes. La malade est promptement et parfaitement guérie ; elle est revue en novembre 1906 à l'occasion d'une arthrite rhumatismale de l'épaule gauche, elle restait parfaitement guérie.

Obs. 13 (Inédite, due à M. MORESTIN). — Annette G. . . 74 ans, entre le 1^{er} décembre 1904 à Cochin, adressée à M. Richelot par M. le Dr René Marie.

La malade avait été envoyée à Brévannes comme inopérable. Elle présente une tumeur comme une tête d'enfant de cinq à six ans, dure, encore mobile sur les plans profonds, mais ayant envahi toute la mamelle et s'étendant bien au delà de ses limites ; la peau est envahie depuis la ligne médiane antérieure jusqu'au bord spinal de l'omoplate du côté droit et dans le sens vertical, depuis la deuxième côte jusqu'à la septième. Sur toute la mamelle la peau est fixée et violacée. Le mamelon est élargi et rétracté. L'aspect des téguments entre la mamelle et l'omoplate donne l'impression d'un véritable angiome tant la vascularisation est intense ; c'est une véritable nappe de vaisseaux ; il n'y a pas de ganglions appréciables dans l'aisselle. La malade porte en outre un goître assez volumineux et trilobé.

Opération le 5 décembre. — La malade est tellement fragile qu'on est obligé d'avoir recours à l'anesthésie minima. Dans le cours de l'intervention elle n'a pas pris 5 grammes de chloroforme. Ablation de tous les téguments malades et suspects et des ganglions auxi-

liaires, la nécessité de réduire l'intervention empêche de poursuivre le décollement jusqu'au degré nécessaire pour obtenir l'occlusion de l'immense plaie laissée par l'ablation. Il suffit cependant d'un timide décollement de 7 à 8 centimètres pour mobiliser les bords et permettre de les rapprocher considérablement.

La guérison fut obtenue au bout de deux mois environ. On peut être assuré qu'il eut fallu plus du double sans la très simple manœuvre qui avait permis une réduction considérable de la plaie opératoire. En poursuivant le décollement, on eut obtenu certainement l'affrontement des bords de la plaie dans toute leur étendue, mais peut-être cette pauvre vieille femme n'eut pas survécu. Quant à la tumeur elle contenait dans son épaisseur un grand kyste séro-hématique, le tissu néoplasique grisâtre donnait du suc par raclage, l'examen de la pièce fait par Cornil dénota un épithélioma.

Obs. 14 (Inédite, due à M. MORESTIN). — M^{lle} de F..., 50 ans, a été opérée à la Martinique à la fin de 1906 pour une tumeur du sein droit qui fut considérée d'après un simple examen clinique et macroscopique il est vrai, comme une tumeur bénigne. Peu de temps après cette intervention, dont les suites avaient paru très heureuses, une nouvelle tumeur se dessina sous l'ancienne cicatrice et s'étendit rapidement à la totalité du sein. M^{lle} de F..., vient nous consulter au mois de juin 1907. La situation est alors extrêmement fâcheuse. En effet toute la mamelle est envahie, formant un bloc dur, rigide. Les téguments sont partout fixés et ponctués de petites dépressions. La cicatrice de l'ancienne opération est soulevée par une grosse bosselure au-dessous du sillon sous-mammaire, principalement en dehors. Les téguments sont manifestement envahis sur une étendue de trois travers de doigt. Adhérence au plan profond. Ganglions axillaires engorgés.

Dans de telles conditions, l'opération s'annonçait comme devant être très sérieuse, sans qu'on pût en attendre pour l'avenir un bien bon résultat. Mais cette femme avait mis tout son espoir dans une intervention : elle était venue tout exprès de la Martinique. On nous l'a demandée. Il eut été inhumain de lui refuser cette tentative. M^{lle} de F. est entrée le 26 juin 1907 à Dubois pour être opérée le

jour même. Comme on pouvait s'y attendre l'opération fut laborieuse et comporta une large exérèse des téguments. L'ablation de la glande, des pectoraux et des ganglions.

Au point de vue technique, la partie la plus intéressante d'une telle intervention était bien évidemment la réparation de la brèche. Celle-ci présentait dans le sens transversal 35 centimètres environ et dans le sens vertical au moins 20 centimètres. Il fallut pour amener en contact les bords de cette plaie, abaisser très fortement la lèvre supérieure et remonter de même très fortement la lèvre inférieure. Ce qui eût été bien entendu totalement impossible sans un très vaste décollement, poursuivi en haut jusqu'à la partie supérieure du cou, en bas jusque sur l'abdomen et jusqu'à la crête iliaque. L'affrontement put être alors obtenu dans de très bonnes conditions et tout faisait présager une réunion des plus satisfaisantes et une guérison très rapide. Mais nous tenons beaucoup à insister sur l'oubli d'une précaution qui faillit tout compromettre et retarda très notablement la guérison opératoire qui s'annonçait si prochaine. Cette observation, sans cela, ressemblerait complètement à un grand nombre d'autres de notre pratique. Nous avons à plusieurs reprises insisté sur la nécessité d'un bon drainage au point le plus déclive du décollement. Or, le décollement pratiqué, l'absence de tout suintement sanguin, la netteté de la plaie, la régularité et la simplicité même avec laquelle s'effectua l'affrontement nous firent négliger au dernier moment l'installation du drain. Les suites furent tout d'abord très ordinaires. Mais quand le pansement fut ouvert au bout du 4^e jour, je constatai qu'il s'était fait sous les téguments décollés un épanchement peu abondant. Les téguments n'étaient nullement tendus et on pouvait espérer qu'il se résorberait. Mais il continua à augmenter et, au 8^e jour, il soulevait les téguments, donnant absolument l'impression d'un épanchement de Morel-Lavallée avec sa large fluctuation sous les téguments flottants. Il n'y avait d'ailleurs aucune altération de ceux-ci dont la vitalité était admirablement conservée. L'état général était très bon, la malade ne souffrait pas. Il était évident qu'il fallait donner issue à cette collection liquide. Notre intention était de faire alors une boutonnière au point déclive et d'y placer

un drain. Malheureusement, la malade, nerveuse et d'un caractère difficile, s'y refusa de la manière la plus catégorique. Sous prétexte d'enlever quelques fils, on put désunir la plaie sur une faible étendue, ce qui permit l'évacuation du liquide, mais malheureusement sans permettre le drainage parfait qu'eut réalisé le tube placé au point déclive. Au bout de quelques jours, toute la partie supérieure du décollement était effacée, mais dans la partie déclive s'accumulait encore de la sérosité. La malade se refusa toujours à subir la petite incision qui eut amené en quelques jours la guérison. Le 14 juillet elle voulut quitter la Maison Dubois pour assister aux fêtes; elle y revint le 16 avec une légère ascension de température, 37,8; le 17 juillet la température du soir était de 38,4. Il était évident que la sérosité mal évacuée s'infectait et, de fait, c'était du liquide louche que la pression faisait refluer par la plaie. Les téguments s'étaient d'ailleurs réunis aux plans profonds sur presque toute l'étendue et ne persistait qu'un diverticule large de 4 doigts sur 10 centimètres environ de haut. Avec un incroyable entêtement la malade refusa toujours de laisser établir une contre-ouverture. Elle finit néanmoins par guérir grâce à l'introduction de bas en haut d'un tube jusqu'au fond du clapier, grâce à la compression et à l'aspiration quotidiennement pratiquées. Elle put quitter la France, guérie, dans le courant d'août. Sa guérison n'a pas persisté. La malade est morte 8 mois après de cancer généralisé, notamment avec plusieurs gros noyaux développés dans l'épaisseur du crâne.

Obs. 15. — M. MORESTIN, *Bulletin de la Société anatomique*, 27 avril 1906. — Dans le courant de mars 1906, succombait à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Richelot, une femme de 50 ans, que j'avais opérée à l'hôpital Saint-Louis en 1905 d'un immense cancer du sein gauche, avec énorme adénite axillaire.

J'avais dû créer une *perte de substance cutanée considérable, comblée ensuite par un très grand décollement*, réséquer au cours de la partie axillaire de l'intervention l'artère et la veine axillaires, sur une grande étendue. Plus tard, il avait fallu extirper encore péniblement une adénopathie sus-claviculaire. La récidive survint

autour de la cicatrice opératoire, dans le sein opposé, dans les ganglions du cou, dans les parois de l'aisselle, dans le médiastin, et la pauvre femme succomba après une série d'accès de suffocation.

Obs. 16 (inédite, due à M. MORESTIN). — Mme L..., âgée de 64 ans, entre le 26 décembre 1906 à la Maison Dubois pour un cancer du sein gauche ulcéré, le sein est envahi principalement à sa partie externe. La tumeur, dans son ensemble, paraît grosse comme une orange volumineuse; elle présente tous les signes caractéristiques d'un gros squirrhe. Autour de l'ulcération sanieuse et caractéristique on peut constater le phénomène de la peau d'orange, le mamelon est à moitié détruit par l'ulcération, il y a de volumineux ganglions dans l'aisselle.

Opération le 25 décembre. — Amputation très large du sein dépassant les limites de la glande, résection des muscles pectoraux, évidemment axillaire. La réunion ne peut être obtenue qu'après un *très grand décollement*, poursuivi depuis la partie moyenne du cou jusqu'à la partie inférieure du thorax.

Les suites sont extrêmement heureuses, et la malade sort guérie le 7 février; elle a récemment donné de ses nouvelles qui sont bonnes.

Obs. 17 (inédite, due à M. MORESTIN). — M^{lle} B..., âgée de 28 ans, entre le 12 novembre 1906 à la Maison Dubois, pour une tumeur du sein droit dont le début remonte à six mois. La tumeur, du volume d'une orange, très dure, mal limitée, est largement adhérente à la peau, formant une saillie visible à la partie supéro-interne du sein. Rétraction du mamelon. Peau d'orange, la palpation de l'aisselle est négative, pas d'adhérences au grand pectoral.

Opération le 26 novembre. — L'ablation est faite d'une façon d'autant plus large qu'il s'agit d'une malade jeune et que l'évolution a été plus rapide. On est conduit à pratiquer une brèche énorme, et à dépasser en haut et en dedans de beaucoup les limites de la mamelle. Curage axillaire. La réunion est difficile, malgré un très grand décollement, en raison de la disposition de la perte de substance qui s'étend jusqu'à la ligne médiane, découvrant

une notable étendue du sternum et remontant jusqu'au voisinage de la clavicule. Le rapprochement est obtenu néanmoins en abaissant les téguments du cou, libérés jusqu'au dessus de l'os hyoïde. Suites régulières, normales, la malade sort au bout de trois semaines.

Obs. 18 (inédite, due à M. MORESTIN). — M^{me} de P..., entrée le 2 mai 1907, à la Maison Dubois, pour une tumeur du sein droit, 54 ans, pas d'enfant. Métrorrhagies abondantes à la ménopause.

La lésion a été reconnue trois mois seulement auparavant, mais elle évolue à coup sûr depuis beaucoup plus longtemps. Le sein droit est, en effet, occupé par une tumeur diffuse occupant toute la mamelle, mais principalement développée en dehors du mamelon à la partie supéro-externe du sein. Ces limites sont d'autant plus difficiles à apprécier que la mamelle est fort chargée de graisse. De même l'exploration de l'aisselle est délicate à cause de la masse graisseuse qui, de toute part, déborde cette cavité; on peut néanmoins sentir des ganglions augmentés de volume. Le mamelon est rétracté, la tumeur largement adhérente à la peau. L'état général est heureusement bon — rien à la mamelle gauche ni ailleurs. En somme, il s'agit d'un cancer diffus à marche rapide et d'un mauvais pronostic.

Opération le 3 mai. — Étant donné la grande diffusion du néoplasme et l'étendue des adhérences, les téguments sont généreusement sacrifiés, non seulement tous ceux qui couvrent la mamelle, mais encore ceux qui l'entourent dans l'étendue de deux à trois travers de doigts, heureusement la laxité du tissu cellulo-graisseux favorise l'opération du décollement et la mobilisation de la peau. Le décollement est poursuivi à la manière ordinaire aussi loin qu'il est nécessaire dans tous les sens pour donner un affrontement facile et complet.

Drain au point déclive. Les suites sont extrêmement simples. La malade sort guérie le 28 mai, elle est encore actuellement très bien portante.

Obs. 19 (Inédite due à M. MORESTIN). — *Cancer du sein. Très large exérèse.* — M^{me} de B... entre le 30 novembre 1908 à la Maison Dubois pour une tumeur du sein droit ayant débuté 4 ans auparavant ; pendant deux ans la tumeur augmente lentement de volume, mais la malade devient enceinte et accouche en septembre 1907. Pendant la grossesse et surtout après, la lésion s'étend avec une rapidité croissante. Depuis 3 ou 4 mois des bosselures violettes ont fait leur apparition à la surface des téguments et une ulcération s'est produite au-dessus et en dehors du mamelon. Au moment de son entrée, toute la mamelle est occupée par une tumeur dure, irrégulière, mal limitée, adhérente à la peau, adhérente au grand pectoral. En dehors et au-dessus du mamelon, siège une ulcération large de deux travers de doigt, suintante, couverte de détritits sanieus, entourée d'un épais bourrelet ; le mamelon est large, rétracté, d'une dureté ligneuse ; tout autour, la peau est fixée à la tumeur ; dans l'aisselle on sent un paquet ganglionnaire, le diagnostic n'est aucunement douteux ; l'état général commence à décliner.

Opération, le 7 décembre 1908. — Une vaste incision circonscrit les téguments suspects, elle passe à trois travers de doigt environ, au delà des limites de la mamelle, laquelle est volumineuse ; il s'agit d'une femme de haute taille dont les mamelles sont très développées. Cette incision dessine en somme une énorme raquette à queue axillaire. Ablation en bloc des téguments de la graisse, des pectoraux, du tissu cellulaire axillaire. La plaie résultant de cette ablation est immense et s'étend depuis le sternum jusqu'à la partie interne du bras, depuis la clavicule jusqu'à la 6^e ou 7^e côte.

Fort heureusement la peau du ventre a été un peu relâchée dans les grossesses antérieures. Les téguments sont décollés de haut en bas jusqu'à la crête iliaque antérieure et supérieure et à l'ombilic. Au fur et à mesure le suintement sanguin est maîtrisé par le tamponnement du sinus de décollement. D'autre part, la lèvre supérieure de la plaie est décollée au-dessus de la clavicule et remonte dans le creux sus-claviculaire. La veine jugulaire externe et la jugulaire antérieure sont reconnues et évitées. Le décollement poursuivi

jusqu'à l'os hyoïde, en dehors jusqu'au trapèze. Les ligatures étant faites, les deux lèvres de la plaie saisies par des tracteurs à griffes sont rapprochées l'une de l'autre et suturées par un assez grand nombre de crins de Florence. L'affrontement est partout obtenu très exactement. Dans une petite zone cependant, à la partie moyenne de la plaie, la tension est très grande, mais on compte sur l'attitude pour soulager et détendre la suture.

Gros drain à la partie la plus déclive sortant juste au-dessus de la crête iliaque.

Les suites sont excessivement simples, il n'y a d'autre incident à noter qu'une mortification de la dimension d'une pièce de cinquante centimes dans la région où la peau était si tendue. Il faut dire que la malade avait accepté de mauvais gré l'attitude un peu gênante dans laquelle les téguments étaient détendus, et n'avait pu consentir à la garder pendant les premiers jours. La guérison fut néanmoins très rapide et la malade put partir guérie le 23 janvier 1909, pour retourner à la Martinique d'où nous avons eu de ses nouvelles récentes. Son état est jusqu'à présent satisfaisant ; il s'agissait cependant d'un très mauvais cas et il faut malheureusement faire de sérieuses réserves pour l'avenir.

Avant son départ, nous fûmes frappés de la souplesse des téguments ; la cicatrice est souple et mobilisable ; partout ailleurs les téguments présentent leur aspect normal et leur mobilité. La couche adipeuse sous-cutanée paraît reformée avec la même épaisseur et même laxité que dans les autres parties du corps.

Obs. 20 (Inédite, due à M. MORESTIN). — M^{me} Françoise V... , 59 ans, entre le 7 janvier 1908 à la Maison Dubois. Elle porte une tumeur du sein droit siégeant au-dessus et en dehors du mamelon rétracté ; elle est adhérente à la peau, et forme une saillie globuleuse et violacée à la veille de l'ulcération. Il s'agit d'un squirrhe vulgaire, — adhérences profondes, — pas de ganglions perceptibles à la palpation.

Opération le 13 janvier. — Résection des pectoraux, évidemment soigneux de l'aisselle. On trouve dans la graisse axillaire de petits ganglions très nettement cancéreux, bien qu'ils fussent trop petits pour être perçus par la palpation ; on en trouve deux autres nettement cancéreux dans le creux sous-claviculaire. De plus, dans l'épaisseur du grand pectoral à distance de la surface, il y a un petit noyau cancéreux qui serait resté inaperçu sans la résection du muscle. Le tissu cellulaire, interpectoro mammaire est lui-même envahi. La réunion n'est pas trop difficile, grâce à un décollement modéré (dix centimètres dans tous les sens).

Suites excellentes.

Obs. 21 (Inédite, due à MORESTIN). — M^{me} P. . . , 70 ans, entre à la Maison Dubois, le 2 janvier 1908, pour un cancer du sein droit. La tumeur est très dure, irrégulière, du volume d'une mandarine, mal limitée, légèrement adhérente à la peau, sans rétraction apparente du mamelon ; il y a de gros ganglions engorgés dans l'aisselle.

Opération le 8 janvier. — Amputation du sein avec curage axillaire et ablation de l'aponévrose pectorale. Parmi les ganglions de l'aisselle, il y en avait plusieurs de nettement cancéreux. Décollement sur une étendue de 9 à 10 centimètres dans les deux sens, après lequel l'affrontement est facile. La guérison est obtenue très rapidement. La malade sort le 19 janvier.

Obs. 22 (Inédite, due à M. MORESTIN). — *Cancer du sein droit.* — *Exérèse énorme.* — M^{me} Q. . . , 64 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 20 mars 1908, adressée par M. de Lapersonne. Elle porte un squirrhe du sein droit non ulcéré, mais très largement adhérent aux téguments avec engorgement ganglionnaire, rétraction du mamelon et tout ce qui constitue l'aspect clinique du squirrhe ligneux. L'état général est médiocre et la malade est emphysémateuse. L'opération a lieu le 25 mars. Ablation de toute la région mammaire en passant à deux doigts au-delà des limites apparentes de la mamelle. Extirpation des pectoraux et évidemment de l'aisselle.

La brèche à combler paraît gigantesque et réellement il nous semble qu'aucune autoplastie à l'aide de lambeaux quelconques

n'eut pu combler une telle plaie. Heureusement, nous comptons sur les téguments un peu fatigués du cou et du flanc. Le décollement tégumentaire est largement pratiqué. Pour arriver à recouvrir la plaie, il faut recourir en effet à une mobilisation cutanée, poursuivie très loin en haut et en bas. En haut nous remontons à 12 centimètres (nous l'avons mesuré) de la limite de la plaie, libérant les téguments de toute la partie antérieure du cou des deux côtés. En bas la peau est décollée jusqu'à 20 centimètres. L'affrontement est alors obtenu sans difficulté. Un drain est placé au point le plus déclive et à la partie externe de la plaie, plongeant dans l'aisselle. Ces drains sont retirés le 29 mars et les fils entre le 8^e et le 12^e jour. Les suites eussent été très simples si la malade, emphysémateuse, n'avait eu de la congestion pulmonaire et n'avait beaucoup toussé pendant quelques jours.

Du côté de la plaie, la réunion primitive a été complètement obtenue. Il y a eu seulement quelques petites mortifications insignifiantes que nous notons pour ne rien omettre, mais qui étaient réellement sans importance, n'excédant pas les dimensions de l'ongle de l'index. Aussi la malade put-elle nous quitter très bien guérie le 1^{er} mai.

Obs. 23 (Inédite, due à M. MORESTIN). — M^{me} M..., 57 ans, entre le 10 novembre 1908 à la Maison Dubois. Elle porte une tumeur du sein droit évoluant depuis 15 mois, tumeur occupant la partie supérieure du sein, adhérente à la peau dans le voisinage du mamelon, très dure, du volume d'une orange, indolente à la pression, adhérente aux pectoraux ; il y a rétraction du mamelon. On sent de volumineux ganglions, très durs, derrière le grand pectoral. Léger œdème malléolaire bien qu'il n'y ait rien dans l'urine. La malade est obèse.

Opération le 16 novembre 1908. — Amputation du sein, ablation des pectoraux, curage très soigné de l'aisselle.

L'opération ne présenterait rien de particulier sans le décollement étendu nécessaire pour obtenir la réunion. Les suites sont très heureuses et la malade nous quitte dans les premiers jours de décembre.

Obs. 24. — M^{me} D . . , âgée de 66 ans, entre le 18 novembre 1908 à Dubois. *Femme maigre* et petite, à téguments flasques, elle a eu 8 enfants. Elle présente une tumeur dans le sein droit, tumeur reconnue il y a seulement 3 mois paraît-il, mais qui doit dater de plus longtemps, car elle est considérable. Elle est du volume d'une grosse mandarine siégeant à la partie inféro externe du sein, largement adhérente à la peau en dehors du mamelon, ce dernier est fortement rétracté. Pas de ganglion perceptible.

Opération le 20 novembre 1908. — Ablation du sein, des pectoraux et des ganglions axillaires, dont plusieurs sont nettement cancéreux. La tumeur elle-même est un carcinome vulgaire, déjà adhérente aux couches superficielles du grand pectoral.

La réunion qui eut été très péniblement obtenue par le rapprochement pur et simple des bords de la plaie, devient extrêmement facile après un décollement de 8 ou 9 centimètres sur tout le pourtour de la perte de substance. La malade sort guérie le 7 décembre.

Obs. 25 (Inédite, due à M. MORESTIN). — M^{me} B. . . , entre le 1^{er} janvier 1909 à la Maison Dubois, pour une tumeur du sein droit évoluant depuis 18 mois, et ulcérée depuis trois mois. Le diagnostic n'est que trop évident. Après la simple inspection de cette ulcération profondément creusée, entourée d'un épais bourrelet, saignante, et accompagnée d'un gros paquet ganglionnaire faisant relief à la partie antéro-inférieure du creux axillaire, la tumeur occupe la partie inférieure et externe de la mamelle. Elle est mobile sur les parties profondes, mais malheureusement elle a envahi les téguments en dehors des limites du sein. Il faut donc sacrifier non seulement la mamelle, mais encore une bande très large de téguments en dehors de celle-ci. On pouvait donc prévoir que dans ce cas particulier, la réparation de la perte de substance offrirait quelques difficultés. Les choses cependant se passèrent assez simplement, grâce à un décollement étendu et pratiqué après l'ablation en bloc du sein, des pectoraux, des ganglions de l'aisselle laissés dans leur atmosphère graisseuse.

L'*opération* a lieu le 18 janvier 1909 et la malade sort guérie dans les premiers jours de février.

Obs. 26 (Inédite, due à M. MORESTIN) — *Cancer récidivé du sein gauche.* — Mme P..., âgée de 64 ans, entre à la Maison Dubois le 18 janvier 1909.

Cette malade fut opérée autrefois par Bouilly d'une pleurésie purulente. En 1904, elle fut opérée d'un cancer du sein gauche par Richelot. Il y a quatre mois, sur la cicatrice résultant de cette dernière intervention, apparut une nouvelle tumeur; la malade fut soumise à la radiographie. Il y eut, paraît-il, d'abord une légère amélioration, mais néanmoins la tumeur persista, puis recommença à s'accroître et bientôt s'ulcéra. Au moment de son entrée, cette tumeur est grosse comme une pièce de 5 francs, ulcérée, saignante, reposant sur une base très dure, sans adhérence au plan sous-jacent. La palpation ne montre rien dans l'aisselle et l'état général est encore assez bon.

Ce cas est assez intéressant au point de vue spécial de l'auto-plastie. En effet, toute la peau disponible avait été utilisée lors de l'amputation du sein. Actuellement, *la peau du voisinage n'offre aucune laxité.* Il est impossible d'en faire un pli tant soit peu notable. Or, bien que la tumeur ne soit pas très considérable, son ablation doit forcément créer une brèche relativement étendue.

L'opération a lieu le 20 janvier 1909. — La récidive étant superficielle, je me borne à l'excision d'une large plaque cutanée, la perte de substance présente 12 centimètres dans le sens transversal et 10 dans le sens vertical. Or, la plaie a pu être comblée immédiatement, sans effort, avec un affrontement parfait, après décollement poursuivi dans les deux sens jusqu'à ce que les deux bords puissent être rapprochés. Il fallut pour obtenir ce résultat remonter en haut jusqu'à deux doigts au-dessus de la clavicule, en bas descendre jusqu'au dessous du rebord des fausses côtes. La malade sort guérie le 1^{er} février. Nous l'avons revue récemment. Du côté opéré, les téguments sont souples et, malgré le décollement, mobiles sur les plans profonds. Mais à droite, on note dans l'épaisseur de la mamelle une induration qui est sans doute le début d'une récidive et il faudra bientôt pratiquer de ce côté l'amputation de la mamelle avec curage axillaire.

Obs. 27. (Personnelle, service de M. WALTHER). — *Epithélioma du sein gauche*. — Mme B... Marie, 68 ans, entre le 22 mars 1909, à la Pitié, salle Lisfranc, pour une tumeur du sein gauche.

Toujours bien portante, elle a nourri huit enfants.

C'est au début de janvier 1909 que, pour la première fois, la malade remarque à son sein gauche une tuméfaction de la grosseur d'une noisette, soulevant la peau déjà rouge à son niveau. Ce n'est qu'à la fin de janvier que des picotements, puis des elancements apparaissent avec l'augmentation de volume de la tumeur. Le Dr Richerolles, de Montluçon, conseille l'opération.

Entrée à la Pitié, elle accuse toujours des douleurs lancinantes bien localisées.

Le sein gauche est le siège en dedans du mamelon d'une tumeur arrondie, acuminée et rouge, qui soulève légèrement l'aréole.

La tumeur est contiguë au bord gauche du sternum. Le mamelon est normal. La périphérie de la tumeur est parcourue de veinosités bleuâtres. Au palper, la tumeur arrondie mal délimitée, du volume environ d'un œuf de poule, est adhérente aux plans profonds. La peau donne très nettement le phénomène de la peau d'orange. On perçoit quelques petits ganglions mobiles dans l'aisselle gauche. *La malade est d'une maigreur extrême.*

Opération (M. le Dr Walther et Cleret), le 24 mars.

— Anesthésie au chloroforme après scopolamine.

Incision cutanée large, dépassant le milieu du sternum et de trois doigts la tumeur en haut et en bas. *Il n'y a pas de tissu cellulaire sous-cutané.* Section première du grand pectoral au bras. Ablation du sein en laissant le petit pectoral. Curage axillaire.

La plaie a, dans sa plus grande largeur verticale, environ 20 cent. et la mobilisation des téguments est très minime. Au lieu de faire des incisions libératrices et de tailler un lambeau, M. Walther pratique le décollement simple; atteignant en haut la clavicule et la fourchette sternale, dépassant de 1 cent. le bord droit sternal. En bas, décollement sur 15 cent. En dehors, le grand dorsal est libéré. La peau peut alors très facilement glisser sur le thorax et la réunion est extrêmement facile.

Pendant le décollement, hémorrhagie minime arrêtée par tam-

ponnement de courte durée avec compresses imbibées de sérum chaud. Drain axillaire au-dessous de la ligne de suture. La peau n'est pas tendue, elle est de coloration normale.

Ablation du drain le 3^e jour.

Ablation des agrafes le 6^e jour. Je constate au niveau de la zone de décollement inférieur, un soulèvement fluctuant des téguments. La malade n'a jamais souffert et n'a pas fait la moindre poussée de température.

La partie interne de la suture est décousue sur 2 cent. et j'évacue un verre à bordeaux environ de sérosité rosée. Pansement légèrement compressif.

La malade sort le 7 avril en parfait état.

Obs. 28 (Personnelle). — *Néoplasme du sein gauche (forme grave)*. — M^{me} V..., Céline, 34 ans, mariée depuis 9 ans (un enfant), entre à la Pitié, salle Lisfranc, service de M. le Dr Walther, le 20 mars 1909, pour tumeur du sein gauche.

Le début remonte à environ un an, époque à laquelle la malade s'aperçoit par hasard, d'une induration indolore, du volume d'un pois à la partie interne du sein gauche, laquelle reste stationnaire jusqu'en 1908. A partir de cette époque la tumeur augmente assez rapidement et la malade ressent parfois des douleurs lancinantes.

La tumeur siégeant à la partie interne du sein gauche, au niveau du mamelon, mais à un travers de doigt en dedans, occupe environ une surface de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Son pourtour est assez net; elle est bosselée à la partie interne. Elle soulève peu les téguments qui ne sont pas modifiés. La tumeur est dure, à surface rugueuse et la peau qui la recouvre, nettement mobile sur sa moitié externe, devient adhérente sur sa moitié interne. La mobilité profonde de la tumeur est très limitée. Dans l'aisselle gauche il y a un ganglion indolore de la grosseur d'une noisette, à limites diffuses. Un autre, de la grosseur d'un pois, bien limité, siège tout au sommet de l'aisselle; il y en a d'autres plus petits.

La malade a le faciès pâle, elle est *très maigre* et fort nerveuse.

Opérée le 24 mars par M. le Dr Walther et Cleret, anesthésie au chloroforme après scopolamine.

Nettoyage des téguments à l'iode.

Large incision en raquette dépassant de 2 doigts la tumeur en tous sens. La peau est plaquée sur les côtes, doublée d'une couche très mince de tissu cellulaire. Incision du grand pectoral. Dégagement du bord inférieur du petit pectoral qui est laissé. Désinsertion de l'aponévrose, clavicule coraco-axillaire. Curage axillaire (très nombreux ganglions). La plaie présente environ 18 centimètres au niveau de la ligne mamelonnaire et la peau tendue ne permet de gagner péniblement que très peu de chose.

Autoplastie par décollement simple. — En haut jusqu'à la fourchette sternale. En bas, sur 12 à 15 centimètres de l'extrémité supérieure du grand droit. En haut et dehors sur 12 centimètres environ.

Suture avec 9 crins couplés et agrafes.

Un drain est placé dans l'aisselle par une boutonnière placée sous la suture.

Au cours du décollement supérieur quelques artérioles (thoraciques) saignent. Deux compresses suffisent à arrêter l'hémorragie pendant que le décollement est complété par ailleurs.

Après la suture, la peau, légèrement tendue, n'est pas modifiée de coloration.

Pansement avec bras en adduction, l'avant-bras soutenu par une écharpe

Suites excellentes. Pas de souffrances ni de dyspnée, la malade est mise sur le fauteuil le soir même de l'opération.

Ablation du drain le 2^e jour.

Ablation des fils le 7^e.

CONCLUSIONS

1° Le décollement des lèvres d'une plaie, pratiqué d'une façon étendue, aussi loin qu'il est nécessaire à la coaptation facile, sans aucune incision de décharge surajoutée, tel que le pratique M. Morestin, constitue une méthode véritablement nouvelle.

2° Elle doit être réservée aux régions à peau abondante et mobilisable : pourtour du bassin, abdomen, cou, thorax.

3° Dans les larges exérèses nécessaires aux cancers du sein, c'est une méthode d'autoplastie précieuse, plus simple et plus sûre que la taille de lambeaux plus ou moins étendus.

4° Il suffit pour la mener à bien d'avoir une absolue confiance en elle et savoir :

a) Qu'une peau décollée avec son pannicule adipeux se nourrit mieux que la peau d'un lambeau, lequel souvent se sphacèle ;

b) Que l'on ne décolle jamais trop ou même jamais assez car la peau ne doit pas être tendue ;

c) Qu'il faut toujours drainer aux régions déclives.

5° La méthode, qui au premier abord semble d'une hardiesse périlleuse, est à l'usage, idéale par sa facilité, sa

rapidité d'exécution, sa complète innocuité. L'hémorrhagie du décollement, toujours minime, s'arrête par le tamponnement momentané. Les suites sont toujours simples et l'expérience montre qu'il ne survient aucune complication.

6° De toutes les autoplasties, seule la méthode du grand décollement est applicable à presque tous les cas.

C'est la seule possible après l'ablation de deux mamelles cancéreuses.

7° Elle réduit enfin la cicatrice à son minimum d'étendue.

8° Les observations ci-jointes viennent à l'appui de ces conclusions.

Vu :

Le Président de la Thèse
SEGOND.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Alglave. *Soc. anat.*, 1907, p. 251.
- Beck. A new method of incision for removal of the breast. *Med. Record*, 1906, LXX-41.
- Cornilus. Thèse de Paris, 1898-1899, N° 73.
- Chavannaz. *Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd.*, Bordeaux, 1902.
- Delbet. *Académie de Médecine*, 7 février 1907.
- Faure. Technique de l'amputation du sein. *Presse médicale*, 1901.
- Forge et Reclus. *Thérapeutique chirurgicale*, t. II.
- Gosset. *Journal de chir.*, 1908, N° 4.
- Gröve. *Cent. f. Chir.*, oct. 1898, XXV, p. 1003.
- Heidenheim. *Arch. gén. de Méd.*, 1899.
- Le Dentu et Delbet. *Traité de chirurgie*.
- Legendre. Thèse de Lyon, 1899.
- Legueu. De l'autoplastie par glissement du sein. *12^e Congrès fr. de chir.*, Paris, 1898.
- Maillard. Thèse de Paris, 1900.
- Marion. *Manuel de technique des opérations courantes*, 3^e édit., Paris, Maloine, 1908.
- Meriel. *Extirpation du cancer du sein*. Paris, Maloine, 1903.
- Monod et Vanverts. *Traité de technique opératoire*, t. I.
- Morestin. *Société anatomique*, juillet et octobre 1900.
- *Congrès de chirurgie*, 1901.
- *Gazette des Hôpitaux*, 1901.
- *Société anatomique*, juin 1902.
- Le grand décollement en chirurgie réparatrice, *Congrès de chirurgie*, 1902.
- *Presse médicale*, 1902.
- *Congrès de chirurgie*, 1903.
- *Société anatomique*, 1903, p. 548.
- Autoplastie par déplacement du sein. *Arch. gén. de méd.*, 1903.
- Autoplastie par décollement, *Ibid.*, 1903, p. 2733.
- Leçons de clinique chirurgicale, 1902.

Nélaton et Ombrédanne. *Les autoplasties*. Paris, G. Steinheil, 1907.

Ombrédanne. Reconstitution autoplastique du sein, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1906, p, 490.

Quenu et Robineau. *Revue intern. de théér. et de pharm.*, 17 août 1896, p. 304.

Reclus. *Cliniques de la Charité*, 1909.

Rodman. *Annals of Surgery*, 1901.

Rotter. *Berlin. klin. Woch.*, 1896, in *Gaz. méd. et chir.*, 1898.

Tansini. *Riforma medica*, 1896, t. 1, p. 3.

Verneuil. *Dictionnaire Dechambre*, art. Autoplasties.

Warren. *International text book of surgery*.

